

Esta es información importante sobre los cambios en la información del plan Brand New Day.

Cambios a su Aviso Anual de Cambios, Evidencia de Cobertura y Resumen de Beneficios de 2023:

Dónde puede encontrar el cambio en sus Materiales 2023:	Información original:	Información corregida:	¿Qué significa esto para usted?
Aviso anual de cambio - cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos-medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	No incluido	2022: Paga 20% de coseguro 2023: Usted paga hasta un 20% de coseguro. Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.

Evidencia de Cobertura - Capítulo 4, Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan - Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare	Usted paga 20% de coseguro	Usted paga hasta un 20% de coseguro. Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare para un mes.
Resumen de beneficios - medicamentos de la Parte B de Medicare • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro • 20% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta un 20% de coseguro • Hasta un 20% de coseguro. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes 	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.

No está obligado a realizar ninguna acción en respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para futuras consultas.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-255-4795 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 am a 8:00 pm los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 am a 8:00 pm de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Brand New Day es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

APÉNDICE DE BENEFICIOS DENTALES

**PLAN DE SALUD
BRAND NEW DAY**

Medi Medi Wrap CAC38

Administrado por:



Índice

Introducción	1
Definiciones	2
Cómo usar este plan: elección de proveedor participante	4
Continuidad de la atención	5
Accesibilidad a las instalaciones	5
Beneficios, limitaciones y exclusiones	5
Copagos y otros cargos	6
Servicios de emergencia	6
Servicios de especialista	6
Segunda opinión	7
Reclamaciones de reembolso	7
Compensación de proveedores	7
Políticas de procesamiento	8
Coordinación de beneficios	8
Proceso de quejas y apelaciones	9
Renovación y finalización de beneficios	9
Cancelación de inscripción	9
Anexo A: Descripción de beneficios y copagos	10
Anexo B: Limitaciones y exclusiones de beneficios	12

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de BRAND NEW DAY. Delta Dental of California (“Delta Dental”) administra su plan. Nuestro objetivo es proporcionarle atención dental de alta calidad y ayudarle a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere hasta tener un problema para atenderse con el dentista, sino que lo haga de manera habitual.

Este plan está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Cómo usar esta evidencia de cobertura

Este Apéndice de beneficios dentales (“Plan”), que incluye el Anexo A, el Cronograma de copagos y el Anexo B, Servicios, limitaciones y exclusiones, divulga los términos y condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarle a aprovechar su plan dental al máximo. Le ayudará a comprender cómo funciona el Plan y cómo obtener atención dental. Lea este folleto en su totalidad detenidamente. Lea la sección Definiciones, que explicará las palabras que tengan significados especiales o técnicos en este Plan.

Las explicaciones de beneficios que se incluyen en el folleto de este Plan están sujetas a todas las disposiciones del Contrato que se encuentra en los archivos de BRAND NEW DAY (“Titular del Contrato”) y no modifican los términos y condiciones del Contrato de ninguna manera, ni le otorgan ningún derecho por una declaración u omisión de este folleto.

Aviso: *El folleto de este Plan es un resumen de su plan dental, y su precisión debe verificarse antes de recibir tratamiento. Esta información no es garantía de Beneficios, servicios o pagos cubiertos.*

Contáctenos

Para obtener más información, visite www1.deltadentalins.com/brand-new-day-medicare o llame al Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638 (TTY 711). Un representante de Atención al Cliente puede responder las preguntas que tenga acerca de la obtención de atención dental, ayudarle a ubicar un Proveedor Participante de Delta Dental, explicarle los Beneficios, revisar el estado de una reclamación y asistirle en la presentación de una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental al 844-282-7638 (TTY 711) durante el horario laboral habitual para obtener información acerca de la elegibilidad y los Beneficios del Miembro o el estado de la reclamación, o hablar con un representante de Atención al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere escribir su pregunta a Delta Dental, envíe su inquietud por correo a la siguiente dirección:

Delta Dental
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

DEFINICIONES

Los términos en letra mayúscula en el folleto de este Plan tienen significados definidos, que se detallan en la siguiente sección o a lo largo de las secciones del folleto.

Apelación: es algo que hace si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención dental o pago por servicios que ya recibió. Asimismo, puede realizar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de suspender servicios que recibe. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si su Plan no paga por un servicio que usted cree que debería poder recibir.

Beneficios: los servicios dentales en virtud de este Plan que usted tiene derecho a recibir.

Año Calendario: los 12 meses del año desde el 1 de enero al 31 de diciembre.

Formulario de Reclamación: el formulario estándar que se utiliza para presentar una reclamación o solicitar una Estimación Previa al Tratamiento.

Contrato: el Acuerdo entre el Plan BRAND NEW DAY y Delta Dental of California para la Provisión de Servicios Dentales.

Titular del Contrato: Plan BRAND NEW DAY.

Costo compartido: los montos que se pueden cobrar a un miembro como la proporción del costo del Miembro por la provisión de los servicios cubiertos. Los costos compartidos en virtud de este Plan constan de los copagos indicados en el Anexo A.

Proveedor Participante de Delta Dental (Proveedor Participante): se refiere a una persona con licencia para practicar la odontología en el momento y el lugar en que ejerce, que ha celebrado un contrato con Delta Dental mediante el cual acepta participar en este Plan y proporcionar servicios cubiertos en odontología general a los Miembros.

Servicio de Emergencia: se trata de la atención dental proporcionada a un Miembro necesaria para tratar una condición dental que se manifiesta como un síntoma de suficiente gravedad, incluido el dolor grave, siempre que se considere razonablemente que la ausencia de atención inmediata podría: (i) poner en grave riesgo la salud dental del Miembro, o (ii) perjudicar gravemente las funciones dentales.

Fecha de Entrada en Vigencia: la fecha original de inicio del Plan. Esta fecha se indica en la tapa de este folleto y en el Anexo A.

Miembro: una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, se ha inscrito en el Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por CMS.

Proveedor No Participante: un dentista que no ha celebrado un acuerdo con Delta Dental para ser Proveedor Participante en virtud de este Plan.

Plan: este plan dental que describe los Beneficios, limitaciones, exclusiones, términos y condiciones de cobertura para los Miembros inscritos en el Medicare Advantage Plan del Titular del Contrato.

Año del Plan: los 12 meses desde la Fecha de Entrada en Vigencia y cada período de 12 meses subsiguiente en adelante.

Estimación Previa al Tratamiento: una estimación de los Beneficios permitidos en virtud del Plan para los servicios propuestos.

Código de Procedimiento: el número de Current Dental Terminology® (CDT) asignado a un Procedimiento Único por la American Dental Association.

Razonable: significa que un Miembro ejerce su criterio prudente para determinar que existe una emergencia dental y realiza al menos un intento de contactar a su Proveedor Participante para obtener Servicios de Emergencia y, en el caso de que el Proveedor Participante no esté disponible, realiza al menos un intento de comunicarse con Delta Dental para recibir asistencia antes de procurar atención de otro Proveedor Participante.

Procedimiento Único: un procedimiento dental al que se le asigna un Código de Procedimiento separado.

Servicios de Especialista: se refiere a los servicios realizados por un dentista con licencia que se especializa en la práctica de cirugía oral, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, y que debe recibir autorización previa por escrito de Delta Dental.

Tratamiento en Curso: se trata de cualquier procedimiento dental único, según se define en el Código de Procedimiento, que se haya iniciado mientras el Miembro era elegible para recibir Beneficios, y el cual requiera múltiples citas para completarse, ya sea que el Miembro siga siendo elegible para los Beneficios en virtud del Plan o no. Los ejemplos incluyen lo siguiente: dientes que hayan sido preparados para coronas, tratamientos de conducto donde se haya establecido la longitud de trabajo, dentaduras postizas completas o parciales para las cuales se haya tomado una impresión.

Cómo usar este plan: elección de Proveedor Participante

A fin de recibir Beneficios en virtud de este Plan, debe seleccionar un Proveedor Participante del directorio de Proveedores Participantes. Si no selecciona un Proveedor Participante o si el Proveedor Participante seleccionado no estuviera más disponible, le solicitaremos que seleccione otro, o le asignaremos uno. Para cambiar su Proveedor Participante asignado, puede dirigir una solicitud al departamento de Atención al Cliente al 844-282-7638, de lunes a domingos, de 8 am a 8 pm, los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para asegurarse de que se notifique a su Proveedor Participante, y de que nuestras listas de elegibilidad estén correctas, los cambios a los Proveedores Participantes deben solicitarse antes del día 21 del mes para que los cambios entren en vigencia el primer día del mes siguiente.

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de miembro que le informará la fecha de entrada en vigencia de su Plan y la dirección y número de teléfono de su Proveedor Participante. Después de la fecha de entrada en vigencia que figura en su paquete de miembro, puede obtener servicios dentales en virtud del Plan. Para realizar una cita, simplemente llame a la instalación de su Proveedor Participante e identifíquese como miembro a través del Plan BRAND NEW DAY. Las consultas acerca de la disponibilidad de citas y accesibilidad de Proveedores Participantes deben realizarse al departamento de Atención al Cliente al 844-282-7638 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CADA MIEMBRO DEBE ATENDERSE CON SU PROVEEDOR PARTICIPANTE ASIGNADO PARA OBTENER SERVICIOS CUBIERTOS, EXCEPTO PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA O SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UN ESPECIALISTA, QUE DEBEN RECIBIR AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO DE DELTA DENTAL. CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO NO SE ENCUENTRA CUBIERTO EN VIRTUD DE ESTE PLAN.

Si el acuerdo entre Delta Dental y su Proveedor Participante asignado finaliza, ese Proveedor Participante completará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la que se hayan tomado impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente para el cual ya haya comenzado el trabajo (como la finalización de tratamientos de conducto en curso y la entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Continuidad de la atención

Miembros existentes:

Es posible que tenga derecho a completar la atención con el Proveedor Participante cuyo contrato finalizó para determinadas condiciones dentales específicas. Comuníquese con Atención al Cliente al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política de Continuidad de la Atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar recibiendo atención de su Proveedor Participante cuyo contrato finalizó. No estamos obligados a continuar su atención con ese Proveedor Participante si usted no es elegible para la cobertura en virtud del Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con el Proveedor Participante cuyo contrato finalizó con respecto a los términos de su atención.

Nuevos miembros:

Es posible que tenga derecho al beneficio calificado de finalización de la atención con un Proveedor No Participante para determinadas condiciones dentales específicas. Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política de Continuidad de la Atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar recibiendo atención de su Proveedor No Participante actual. No estamos obligados a continuar su atención con ese dentista si usted no es elegible en virtud del Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su dentista con respecto a los términos de su atención.

Accesibilidad de las instalaciones

Muchas instalaciones le proporcionan a Delta Dental información acerca de las características especiales de sus oficinas, incluida la información de accesibilidad para pacientes con dificultades de movilidad. A fin de obtener información acerca de la accesibilidad de las instalaciones, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Beneficios, limitaciones y exclusiones

Este Plan proporciona los Beneficios que se describen en el Anexo A, *Descripción de beneficios y copagos*, sujeto a las limitaciones y exclusiones que se describen en el Anexo B. Los servicios se realizarán según lo considere adecuado el Proveedor Participante a cargo. Un Proveedor Participante puede proporcionar servicios ya sea de manera personal o a través de dentistas asociados, técnicos o higienistas que puedan realizar los servicios legalmente.

Copagos y otros cargos

Debe pagar cualquier Copago que se indique en el Anexo A, *Descripción de beneficios y copagos* directamente al Proveedor Participante o Especialista que proporciona el tratamiento. Los cargos por citas incumplidas (a menos que el dentista reciba un aviso por lo menos con 24 horas de anticipación o una emergencia hubiera evitado dicho aviso), y los cargos por visitas después del horario normal de visitas se indican en la *Descripción de beneficios y copagos*.

Servicios de Emergencia

Si se necesitan Servicios de Emergencia, debe comunicarse con su Proveedor Participante siempre que sea posible. Si usted como miembro necesita Servicios de Emergencia, pero aún no tiene un Proveedor Participante asignado, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingos, de 8 am a 8 pm, 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda para ubicar un Proveedor Participante. Los beneficios para Servicios de Emergencia por parte de un Proveedor Participante se limitan a la atención necesaria para estabilizar su condición o proporcionar alivio paliativo, en las siguientes situaciones:

- 1) cuando usted haya hecho un intento Razonable por contactar al Proveedor Participante y este no esté disponible o no pueda atenderlo dentro de las 24 horas de realizar el contacto;
- 2) cuando usted haya hecho un intento Razonable por comunicarse con Delta Dental antes de recibir Servicios de Emergencia, o sea Razonable que usted acceda a Servicios de Emergencia sin contacto previo con Delta Dental;
- 3) cuando crea razonablemente que su condición hace que no sea dental o médicamente adecuado trasladarse hasta el Proveedor Participante para recibir Servicios de Emergencia.

Los beneficios por Servicios de Emergencia que no proporcione el Proveedor Participante se limitan a un máximo de \$100.00 por emergencia, menos el Copago aplicable. Si se excede el máximo, o no se cumplen las condiciones mencionadas, usted es responsable por cualquier cargo por servicios que proporcione un dentista que no sea su Proveedor Participante.

Servicios de Especialista

El Proveedor Participante debe referirlo a Servicios de Especialista con autorización previa por escrito de Delta Dental. Nosotros pagaremos todos los Servicios de Especialista con autorización previa, menos los Copagos aplicables.

Segunda opinión

Puede solicitar una segunda opinión si no está de acuerdo con el diagnóstico y/o determinación de plan de tratamiento que realizó su Proveedor Participante o los cuestiona. Asimismo, Delta Dental puede solicitarle que obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la adecuación del tratamiento dental o la aplicación de beneficios.

Las segundas opiniones deberán ser proporcionadas por un dentista con licencia de manera oportuna y adecuada para la naturaleza de su condición. Las solicitudes que involucren casos de amenaza inminente y grave a la salud se agilizarán (la autorización se aprobará o rechazará dentro de las 72 horas desde la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para obtener asistencia o información adicional acerca de los procedimientos y plazos para las autorizaciones de segundas opiniones, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingos, de 8 am a 8 pm, los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o escriba a Delta Dental.

Las segundas opiniones se proporcionarán en la instalación de otro Proveedor Participante, a menos que Delta Dental lo autorice de otro modo. Delta Dental autorizará una segunda opinión por parte de un Proveedor No Participante si no hubiera un Proveedor Participante calificado disponible. Delta Dental solo pagará por una segunda opinión que haya aprobado o autorizado. Se le enviará una notificación por escrito si Delta Dental decidiera no autorizar una segunda opinión. Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una Apelación ante BRAND NEW DAY. Consulte la sección de este folleto denominada "Proceso de quejas y apelaciones" a continuación para obtener una explicación de cómo presentar una Apelación.

Reclamaciones de reembolso

Las reclamaciones por Servicios de Emergencia o Servicios de Especialista con autorización previa deben enviarse a Delta Dental dentro de los 90 días del final del tratamiento. Las reclamaciones válidas recibidas después del período de 90 días se revisarán si puede demostrar que no fue razonablemente posible enviar la reclamación dentro de ese plazo. La dirección para el envío de reclamaciones es Claims Department, P. O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

Compensación de proveedores

Delta Dental compensa a un Proveedor Participante a través de la capitación (un monto basado en el número de Miembros asignados al Proveedor Participante) mensual, y los Miembros lo compensan a través del Costo Compartido requerido para el tratamiento recibido. Delta Dental compensa a un especialista por medio del monto acordado para cada procedimiento cubierto, menos el Copago aplicable que paga el Miembro. En ningún caso Delta Dental pagará a un Proveedor Participante o a un especialista un incentivo para inducir la denegación, la reducción o la demora de un tratamiento adecuado.

En caso de que no le paguemos a un Proveedor Participante, usted no será responsable ante ese Proveedor Participante por ninguna suma que adeudemos. El contrato del Proveedor Participante con Delta Dental contiene una disposición que prohíbe que el Proveedor Participante le cobre a un miembro cualquier suma que le adeude Delta Dental. Excepto por las disposiciones en *Servicios de Emergencia*, si no ha recibido Autorización Previa para el tratamiento de un Proveedor No Participante o Especialista, y nosotros no le pagamos a ese dentista, es posible que sea responsable ante ese dentista por los costos de los servicios.

Para obtener más información acerca de la compensación, puede llamar a Delta Dental al número de teléfono gratuito que se indica en este folleto.

Políticas de procesamiento

Las pautas de atención dental para el Plan explican a los Proveedores Participantes qué servicios están cubiertos en virtud del Contrato dental. Los Proveedores Participantes utilizarán su criterio profesional para determinar qué servicios son adecuados para el Miembro. Los servicios realizados por el Proveedor Participante que entran dentro del alcance de los Beneficios del Plan dental se proporcionan sujetos a los Copagos. Si un Proveedor Participante considera que un Miembro debe obtener tratamiento de un Especialista, el Proveedor Participante se comunica con Delta Dental para obtener una determinación de si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Asimismo, Delta Dental determinará si el tratamiento propuesto requiere tratamiento de un Especialista. Los Miembros pueden comunicarse con el departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingo, de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información acerca de las pautas de atención dental del Plan.

Coordinación de beneficios

Este Plan proporciona Beneficios independientemente de la cobertura por parte de otra póliza de seguro grupal o cualquier otro beneficio de salud grupal si la otra póliza o Plan cubre servicios o gastos además de la atención dental. De lo contrario, los Beneficios proporcionados en virtud del presente Plan por Especialistas o Proveedores No Participantes se coordinan con la otra póliza de seguro dental grupal o cualquier Plan de beneficios dentales grupal. La determinación de qué póliza o Plan es el primario deberá regirse por las reglas que se establecen en el Contrato.

Si este plan es secundario, pagará el monto menor de:

- el monto que habría sido pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales; o
- el gasto total de desembolso personal del afiliado pagadero en virtud del plan de beneficios dentales primario.

El Miembro debe proporcionar a Delta Dental, que puede divulgar a u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización, cualquier información acerca del Miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de beneficios. Delta Dental deberá, a su entera discreción, determinar si se justifica cualquier reembolso a una compañía de seguros u otra organización en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios, y cualquier reembolso que pague será considerado parte de los Beneficios en virtud del presente Plan. Delta Dental tendrá derecho a recobrar de un dentista, Miembro, compañía de seguros u otra organización, según lo decida Delta Dental, el monto de cualquier Beneficio pagado por Delta Dental que exceda sus obligaciones en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios.

Proceso de quejas y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solo la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende de los servicios profesionales proporcionados por los Proveedores Participantes a la cortesía que le brindan nuestros representantes telefónicos. Si tiene una pregunta o reclamo con respecto a la elegibilidad, la denegación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental o la calidad de los servicios dentales llevados a cabo por un Proveedor Participante, tiene derecho a presentar una queja o apelación ante BRAND NEW DAY. Consulte su folleto de Evidencia de Cobertura de BRAND NEW DAY acerca del proceso de quejas o comuníquese con BRAND NEW DAY al número 866-255-4795 que aparece en su tarjeta de identificación de miembro del Plan BRAND NEW DAY.

Renovación y finalización de beneficios

El presente Plan se renueva en el aniversario del plazo de vigencia del contrato a menos que proporcionemos un aviso de un cambio en los pagos mensuales o Beneficios y BRAND NEW DAY no acepte el cambio. Todos los Beneficios finalizan para cualquier Miembro desde la fecha en que finaliza este Plan, dicha persona deja de ser elegible en virtud de los términos del presente Plan, o la inscripción de dicha persona es cancelada en virtud de los términos de este Plan. No estamos obligados a seguir proporcionando Beneficios a ninguna persona en dicho caso, excepto por la finalización de Procedimientos Únicos que hayan comenzado mientras el Plan estaba en vigencia.

Cancelación de la inscripción

A fin de ser elegible para los Beneficios en virtud del presente Plan, debe estar inscrito en uno de los diferentes productos o planes de salud de Medicare Advantage que ofrece BRAND NEW DAY. Si pierde su elegibilidad o finaliza su inscripción con el plan BRAND NEW DAY, no es elegible para recibir Beneficios en virtud de este Plan. Consulte su folleto de Evidencia de Cobertura de BRAND NEW DAY para obtener información acerca de los términos y condiciones de inscripción.

LISTA A

Descripción de beneficios y copagos

DHMO – CAC38 - Medi Medi Wrap (CA Medi-Cal Dental Wrap Plan)

Los Beneficios que se muestran a continuación se ofrecerán según lo considere apropiado el Dentista Contratado a cargo, en virtud de las limitaciones y exclusiones del Programa. Consulte la *Lista B* para obtener aclaraciones acerca de los Beneficios. **Los afiliados deben hablar acerca de todas las opciones de tratamiento con su Dentista Contratado antes de que se proporcionen los servicios.**

El texto que aparece en cursiva a continuación está específicamente destinado a aclarar la provisión de beneficios en virtud del programa DHMO y no debe interpretarse como Terminología dental actual (“CDT”), códigos de procedimiento CDT-2023, descriptores o nomenclatura de propiedad privada de la American Dental Association (“ADA”). La ADA puede cambiar periódicamente las definiciones o los códigos CDT. Dichos códigos, descriptores y nomenclaturas actualizados pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con la legislación federal.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	EL AFILIADO PAGA
--------	-------------	------------------

Los códigos indicados en el Anexo A se encuentran cubiertos en virtud del programa Medi Medi de Brand New Day. Se debe cobrar de conformidad con el copago que se indica a continuación por código dental. El Miembro también debe ser elegible para obtener beneficios en virtud de CA Medi-Cal Dental. Envíe una copia de esta lista de tarifas con el formulario de reclamación a CA Medi-Cal Dental para obtener información sobre los beneficios cubiertos en virtud de su programa.

D0100-D0999 I. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS

D0140 Evaluación oral limitada: centrada en el problema Sin costo

D0273 Tres imágenes radiográficas de aletas de mordida Sin costo

D1000-D1999 II. SERVICIOS PREVENTIVOS

D1110 Limpieza profiláctica: adultos Sin costo

2000-D2999 III. SERVICIOS DE RESTAURACIÓN

- Incluye pulido, todos los agentes adhesivos y de unión, recubrimiento pulpar indirecto, bases, forros cavitarios y procedimientos de grabado ácido.

- El reemplazo de coronas, incrustaciones estándar e incrustaciones extracoronarias requieren que la restauración existente tenga más de 5 años de antigüedad.

- Las coronas o los pónicos de marca, procesados por el laboratorio o procesados en el consultorio producidos a través de una técnica o materiales especializados son actualizaciones de material. El Dentista Contratado puede cobrar una tarifa adicional que no excederá los \$325.00, además del Copago indicado. Consulte la Limitación de beneficios #3 para obtener información adicional.

- La porcelana y otros materiales de color del diente (es decir, resina) se consideran una actualización de material con un cargo adicional máximo para el afiliado de \$150.00 en molares. Los márgenes de porcelana son una opción cosmética. Los Dentistas Contratados han acordado cobrar un máximo de \$75.00 por la porcelana.

D2720	Corona: resina con metal muy noble	Sin costo
D2722	Corona: resina con metal noble	Sin costo
D2750	Corona: porcelana fundida con metal muy noble	Sin costo
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	Sin costo
D2790	Corona: recubrimiento total con metal muy noble	Sin costo
D2792	Corona: recubrimiento total con metal noble	Sin costo

D3000-D3999 IV. ENDODONCIA

D1000-D1999 II. SERVICIOS PREVENTIVOS

D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	Sin costo
-------	--	-----------

D4000-D4999 V. PERIODONCIA

D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal: por cuadrante	Sin costo
-------	--	-----------

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)

- Para todas las dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales indicadas, el Copago incluye ajustes posteriores a la entrega y acondicionamiento de tejido, si fuera necesario, durante los primeros seis meses después de la colocación. El afiliado debe seguir siendo elegible, y el servicio debe ser proporcionado en la instalación del Dentista Contratado donde se suministró la dentadura postiza originalmente.

- El reemplazo de una dentadura postiza o una dentadura postiza parcial requiere que la dentadura postiza existente tenga más de 5 años de antigüedad.

D5225	Dentadura postiza parcial maxilar: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	Sin costo
-------	---	-----------

D5226	Dentadura postiza parcial mandibular: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	Sin costo
-------	--	-----------

D5864	Sobredentadura: maxilar, parcial	\$350.00
-------	----------------------------------	----------

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIAL: no cubierta

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES: no cubiertos

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])

- El reemplazo de una corona, pónico o liberador de tensión requiere que el puente existente tenga más de 5 años de antigüedad.

- Las coronas o los pónicos de marca, procesados por el laboratorio o procesados en el consultorio producidos a través de una técnica o materiales especializados son actualizaciones de material. El Dentista Contratado puede cobrar una tarifa adicional que no excederá los \$325.00, además del Copago indicado. Consulte la Limitación de beneficios #3 para obtener información adicional.

- La porcelana se considera una actualización de material con un cargo adicional máximo para el afiliado de \$150.00 en molares. Los márgenes de porcelana son una opción cosmética. Los Dentistas Contratados han acordado cobrar un máximo de \$75.00 por la porcelana.

D6240	Póntico: porcelana fundida con metal muy noble	Sin costo
D6242	Póntico: porcelana fundida con metal noble	Sin costo
D6750	Retenedor de corona: porcelana fundida con metal muy noble	Sin costo
D6752	Retenedor de corona: porcelana fundida con metal noble	Sin costo
D7000-D7999	X. CIRUGÍA BUCODENTAL Y MAXILOFACIAL	
D7241	Extracción de diente incrustado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin costo
D7285	Biopsia incisional de tejido bucodental: duro (hueso, diente)	\$350.00
D8000-D8999	XI. ORTODONCIA: no cubierta	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES ACCESORIOS: no cubiertos	

Si el Dentista Contratado realiza los servicios para un procedimiento de la lista, el afiliado paga el Copago especificado. Los procedimientos indicados que requieren que un Dentista proporcione Servicios de Especialista, y son referidos por el Dentista Contratado, deben ser autorizados por Delta Dental. El afiliado paga el Copago especificado por dichos servicios. Los procedimientos no cubiertos en virtud de este plan que se indican en la Lista A pueden ser un beneficio cubierto por el beneficio estatal de CA Medi-Cal Dental para el miembro. Revise los beneficios cubiertos en virtud de CA Medi-Cal Dental.

LISTA B

Limitaciones de beneficios

1. La frecuencia de determinados Beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se indican en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos*.
2. Los Beneficios proporcionados por un Dentista pediátrico se limitan a los niños hasta los siete años de edad luego de un intento por parte de un Dentista Contratado asignado de tratar al niño y con autorización previa de Delta Dental, menos los Copagos aplicables. Las excepciones para condiciones médicas, independientemente de la limitación de edad, se considerarán de manera individual.
3. Los Dentistas Contratados pueden ofrecer servicios que utilizan marcas comerciales a una tarifa adicional. Se deben ofrecer al afiliado los beneficios del plan de una corona/póntico procesado por un laboratorio de alta calidad que puede incluir lo siguiente:
porcelana/cerámica; porcelana con base, metal noble o metal muy noble. Si el afiliado elige la alternativa de una actualización de material (coronas/pónticos de marca, procesados por un laboratorio o procesados en el consultorio, producidos a través de técnicas o materiales especializados, incluidos, entre otros: Captek, Procera, Lava, Empress y Cerec), el Dentista Contratado puede cobrar una tarifa adicional que no podrá exceder los \$325.00, además del Copago especificado. Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente al 1-866-247-2486 si tiene preguntas con respecto a la tarifa adicional o los servicios de marca.

Exclusión de beneficios

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente indicado en la Lista A, Descripción de beneficios y copagos. Los procedimientos no cubiertos en virtud de este plan que se indican en la Lista A pueden ser un beneficio cubierto por el beneficio estatal de CA Medi-Cal Dental para el miembro. Revise los beneficios cubiertos en virtud de CA Medi-Cal Dental.
2. Cualquier procedimiento que, en opinión del Dentista Contratado:
 - a. tenga un pronóstico deficiente con respecto a un resultado exitoso y una longevidad razonable en función de la condición del diente o los dientes y/o las estructuras circundantes;
 - b. no es coherente con estándares generalmente aceptados para la odontología.
3. Servicios únicamente con fines cosméticos o para condiciones que son resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, como un paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, diente faltante de manera congénita y dientes que están descoloridos o que les falta esmalte, excepto para el tratamiento de niños recién nacidos con defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
4. Coronas de porcelana, porcelana fusionada con metal, recubrimiento de metal o resina con coronas de tipo de metal y dentaduras postizas parciales fijas (puentes) para niños menores de 16 años de edad.
5. Aparatos perdidos o robados, que incluyen, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
6. Procedimientos, aparatos y restauración si el propósito es cambiar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (ATM).
7. Metal precioso para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentadura postiza de porcelana, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales extraíbles o parciales fijas (incrustaciones recubrimientos coronarios, implantes y los aparatos asociados con ello) y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
8. Sujeciones y aparatos dentales apoyados por implantes, colocación de implantes, mantenimiento, extracción y todos los servicios asociados con un implante dental, a menos que se indiquen en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos*.
9. Consultas para beneficios no cubiertos.
10. Servicios dentales recibidos de cualquier instalación dental que no sea el Dentista Contratado asignado o un especialista dental con autorización previa, excepto para los Servicios de Emergencia que se describen en el Contrato y/o Evidencia de Cobertura.
11. Todas las tarifas relacionadas con el ingreso hospitalario, el uso, o las estadías en un hospital, centro quirúrgico ambulatorio, instalación de atención extendida, u otra instalación de atención similar.
12. Medicamentos recetados.
13. Los gastos dentales en los que se incurra en conexión con cualquier procedimiento dental que comience antes de la elegibilidad del afiliado para este programa. Los ejemplos incluyen lo siguiente: dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto en curso, dentaduras postizas completas o parciales para las cuales se haya tomado una impresión.
14. Tratamiento o aparatos que son proporcionados por un Dentista cuyo consultorio se especializa en servicios de prostodoncia.
15. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un Dentista con licencia. La ortodoncia autoadministrada no se encuentra cubierta.
16. La extracción de aparatos de ortodoncia fijos por motivos que no sean la finalización de tratamiento no es un beneficio cubierto.

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

