

I. Certificado de Beneficios

Este certificado es emitido por Delta Dental (organización sin fines de lucro) con el propósito de proveer una guía para el uso de los beneficios incluidos dentro de sus beneficios dentales. Verifique su Tarjeta de identificación y refierase a su directorio de dentistas participantes para identificación correcta de su programa (UCR, DPO) actual.

Delta Dental proveerá cubierta para los beneficios contratados, siempre y cuando sean prestados por un cirujano dentista con licencia de práctica dentro del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. El pago de dichos servicios está sujeto a las limitaciones y exclusiones descritas en el contrato entre Delta Dental y su patrono.

II. Mecanismos de Pago

a. Si el proveedor es un dentista con contrato bajo el programa UCR (honorarios usuales, acostumbrados y razonables) y además tiene contrato bajo DPO, Delta le pagará directamente al dentista, según determinado en su cubierta, el cargo que corresponda al coaseguro aplicable a: los honorarios registrados y aceptados por Delta bajo el contrato UCR, los honorarios fijos estipulados en la tabla del programa DPO o los honorarios facturados por el proveedor, si son menores que las anteriores. Este pago así como el pago que le corresponda al suscriptor como resultado de algún deducible provisto en el contrato entre Delta y la entidad contratante, constituirá la totalidad del pago al proveedor, bien sea bajo el contrato UCR como el programa DPO.

b. Si el suscriptor tiene una cubierta bajo el programa DPO y su dentista no tiene contrato DPO, pero sí tiene contrato UCR, Delta le pagará directamente al dentista en base a los honorarios fijos estipulados en la tabla del programa DPO. El suscriptor será responsable de pagarle al dentista la diferencia entre los honorarios pagados por Delta y lo que sea menor de: (1) Lo que le facture el dentista por el servicio rendido. (2) Los honorarios registrados y aceptados bajo el contrato UCR.

c. Si el proveedor no tiene contrato bajo ninguno de los programas, Delta le reembolsará al suscriptor lo que sea menor entre lo facturado por el dentista o los honorarios fijos estipulados en la tabla del programa DPO, de acuerdo con la cubierta acordada en el contrato entre Delta y el patrono. El suscriptor será responsable de pagarle al proveedor la totalidad de los honorarios facturados. El reembolso corresponderá en base al programa que su patrono haya comprado (i.e., UCR, TOA ó DPO).

d. Por servicios prestados por un dentista fuera de Puerto Rico a un suscriptor o a un dependiente elegible, Delta le reembolsará, de acuerdo con la cubierta contratada: (1) Los honorarios facturados por el dentista (si son el menor costo). (2) Los honorarios fijos estipulados en la tabla bajo el programa DPO. (3) Los honorarios estipulados en la tabla de reembolsos bajo el programa UCR.

NOTA: Si el suscriptor tiene alguna duda sobre su plan, puede comunicarse con su departamento de recursos humanos o escribir a: Delta Dental, Departamento de Servicios al Cliente, PO Box 9020992, SAN JUAN PR 00902-0992. Deberá suministrar la siguiente información al escribimos: Número del Grupo, Nombre, Número de Seguro Social, Número de Teléfono. También se pueden comunicar con nosotros al (787) 728-6120, TOLL FREE 1-800-981-6126 ó Fax 268-7952.

III. Clase de Beneficios

Beneficios Básicos:

Cubierta A - Servicios de Diagnóstico y Preventivo

1. Exámenes periódicos de rutina a intervalos de seis (6) meses, incluyendo radiografías de mordidas (bite-wing).
2. Profilaxis dental (limpieza) a intervalos de seis (6) meses.
3. Aplicación tópica de fluoruro a niños menores de 19 años. Limitado a una vez en cualquier intervalo de seis (6) meses.
4. Radiografía de toda la dentadura panorámica o full mouth una vez en un intervalo de tres (3) años.
5. Consulta a especialista limitada a una vez al año.
6. Mantenedores de espacio para dientes deciduos.
7. Sellantes para niños menores de 14 años en dientes permanentes.
8. Exámen de emergencia.

Cubierta B - Servicios Básicos

1. Extracciones y cirugía oral, incluyendo cuidado pre- y post- operatorio.
2. Restauración en amalgama (plata) o en resina (plástico) en molares y premolares, limitado a dientes anteriores.
3. Endodoncia: Tratamiento de canal.
4. Periodoncia: Incluye los procedimientos necesarios para el tratamiento de las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, incluyendo cirugía periodontal.
5. Reparaciones de dentaduras completas y parciales.
6. Corona de acero inoxidable en dientes deciduos.
7. Tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
8. Exostosis (remoción de sobre hueso).
9. Frenulectomía (corrección del frenillo).

Cuando los dientes no puedan ser restaurados con otro material de relleno, se proveen incrustaciones (inlays), sobredientes (onlays), coronas y fundas (jackets).

LIMITACION: Se proveerá cubierta para una corona que reemplace una corona previa, solamente a partir de un periodo de cinco (5) años desde la fecha en que la corona fue suplida por última vez.

Cubierta C2 - Prótesis (Removibles o fija).

Provee puentes, dentaduras parciales y completas, incluyendo reparaciones y ajustes.

EXCLUSION: No se provee cubierta para el reemplazo de prótesis por pérdidas o hurto.

LIMITACION: Cualquier pieza de prótesis existente se cubrirá solamente después de transcurridos cinco (5) años, desde la fecha del servicio. El reemplazo se cubrirá solamente en la eventualidad que la pieza existente no sea reparable o no pueda hacerse satisfactoria. Se proveerán los servicios necesarios para corregir o reparar la pieza.

Beneficios de Ortodoncia:

(Si está cubierto por el contrato)

Cubierta D

Incluye los aparatos de ortodoncia (braces) y el tratamiento interceptivo y correctivo. No se provee para la reparación o el reemplazo de aparatos de ortodoncia.

El beneficio de ortodoncia tendrá un máximo de cubierta de por vida.

VERIFIQUE SU TARJETA DE IDENTIFICACION PARA POSIBLE CUBIERTA CONTRATADA DE SERVICIOS CLASE C-1, C-2, Y D.

IV. Exclusiones:

No se provee cubierta para lo siguiente:

- a. Accidente o enfermedades cubiertas o relacionadas con la Ley del Fondo del Seguro del Estado.
- b. Servicios relacionados con procedimientos cosméticos y/o condiciones congénitas.
- c. Servicios efectuados con anterioridad a la fecha del contrato.
- d. Cargos por recetas.
- e. Cargos por servicios relacionados con la coyuntura temporomandibular. (TMJ)
- f. Reclamaciones sometidas a Delta con más de seis (6) meses de terminado el tratamiento.
- g. Reemplazos de dentaduras por causa de: pérdida o robo.
- h. Ortodoncia (excepto como beneficio opcional).
- i. Instrucciones sobre higiene oral y dieta.
- j. Programas para el control de la placa dental.
- k. Terapia miofuncional.
- l. Procedimientos experimentales.
- m. Todo cargo de hospitales, anestesia y los honorarios adicionales del dentista relacionados con los tratamientos en el hospital.
- n. Injertos a los tejidos orales con tejidos de otras partes del cuerpo.

- o. Tratamiento hechos por otras personas que no sean dentistas autorizados.
- p. Cargos por servicios o materiales que el paciente no esté legalmente obligado a pagar o por cargos que no suelen hacerse cuando no existe un plan dental.
- q. Delta no pagará por la reparación o reemplazo de un mantenedor de espacio que haya sido perdido o robado.
- r. Selladores (sealants) no se proveerán a personas de (14) años o más.
- s. Tratamientos de implantes: Delta autorizará la suma correspondiente a una dentadura estándar completa o parcial que podrá ser aplicada al costo de los implantes y aparatos construidos en conexión con la misma. Delta no pagará por la remoción quirúrgica de implantes ni pagará el reemplazo de ningún aparato colocado en el periodo de cinco (5) años subsiguientes.
- t. Las extensiones de tratamiento para tratamiento de ortodoncia.
- u. Cualquier tratamiento para corregir modica u oclusión.
- v. Cualquier tratamiento que surja por la pérdida de la estructura del diente por atrición o abrasión (desgaste).

V. Elegibilidad:

Estarán cubiertos bajo este programa todos los empleados permanentes del grupo que estén trabajando treinta y dos (32) horas o más a la semana.

VI. Dependientes:

Para aquellos empleados que soliciten cubierta familiar, el programa cubre a los siguientes dependientes:

- a. Cónyuge legal.
- b. Hijos naturales y adoptivos de un empleado, mientras estén solteros, no estén empleados a tiempo completo, sean mantenidos por el empleado y no hayan cumplido los 19 años de edad. Pero, si a la edad de 19 años dicho dependiente no puede sostenerse por sí mismo debido a una incapacidad total y permanente, continuará como dependiente elegible del empleado siempre y cuando continúe incapacitado.
- c. Los hijos de los empleados que hayan cumplido los 19 años de edad y cursen estudios regulares en la Escuela Superior, Universidad o Colegio acreditado continuarán recibiendo los beneficios y servicios de este plan hasta la edad de 24 años, siempre que demuestren su condición de estudiantes cada semestre, con un certificado expedido por el principal de la escuela o del registrador de la institución arriba indicada. Tienen que ser solteros, desempleados y depender del empleado para subsistir.
- d. Hijastros que cumplan con todos los requisitos de los renglones b y c mencionados, residan con el empleado y además sean declarados dependientes en la planilla de contribución sobre ingresos del empleado.

La fecha de efectividad del Plan para aquellos empleados y dependientes elegibles será:

- a. En la fecha en que se comienza el Plan.
- b. En la fecha en que se adquiere un nuevo dependiente.

La elegibilidad en el Plan estará sujeta a todas las limitaciones y exclusiones descritas en el Contrato.

VIII. Año de Cubierta:

Un año de cubierta o año calendario es un periodo de tiempo a través del cual se aplican los deducibles (si alguno) y los máximos. Cada año de cubierta será del 1 de enero al 31 de diciembre.

IX. Dentistas Participantes:

Si su dentista participa en el Plan, éste (el proveedor) recibirá directamente el pago por aquellos cargos dentales facturados. Usted recibirá una explicación de pago indicando la cantidad, si alguna, que usted debió haber pagado directamente al dentista.

Dentistas participantes de Delta son participantes activos del programa UCR y no necesariamente del programa DPO. Verifique su directorio para más información.

X. Dentistas No-Participantes:

Si el empleado o dependiente elegible recibe los servicios a través de un dentista no-participante; éste será responsable de pagarle al dentista no-participante. Delta le reembolsará al empleado parte de los cargos de acuerdo a una tabla previamente establecida por Delta. El paciente o empleado es responsable de pagarle directamente a los dentistas no-participantes. Podrá reclamar el reembolso a Delta por medio de una forma de reclamación debidamente llena por el dentista que brinda los servicios acompañada con el recibo de pago de dicho dentista.

XI. Terminación de la Cubierta:

La cubierta del empleado y sus dependientes elegibles cesará en la primera de las siguientes fechas:

- a. En la fecha en que cese la elegibilidad del empleado o el dependiente no sea elegible como dependiente bajo el programa.
- b. En la fecha de terminación del programa, y
- c. En la fecha que el grupo termine el contrato al dejar de pagar las primas requeridas.

Todos los beneficios cesarán a la fecha de terminación de la cubierta, excepto que aquellos procedimientos preautorizados. Estos procedimientos se definen como y se limitan a servicios o tratamientos que estén totalmente incluidos dentro de una sola nomenclatura de procedimiento. Estos servicios deberán completarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de la cubierta. Sin embargo, los beneficios a ser pagados estarán aún sujetos a cualesquiera condiciones o limitaciones del programa.

XII. Arbitraje:

Delta se reserva el derecho a resolver cualquier duda relacionada con los servicios dentales o tratamientos que puedan surgir a consecuencia de este Contrato. Cualquier persona elegible bajo este contrato o su representante (patrono) puede apelar la decisión por escrito a Delta dentro de los primeros (60) días.

XIII. Responsabilidad Legal de Delta:

Delta actúa sólo como un intermediario entre el dentista, el paciente y el patrono. Bajo ninguna circunstancia DELTA será responsable por la conducta, negligencia, errores u omisiones de ninguna persona, incluyendo pero no limitándose a suscriptores, el grupo o su administrador, dentistas, higienistas dentales, hospitales y empleados de hospitales.

XIV. Coordinación de Beneficios:

Este contrato contempla una coordinación de beneficios con cualquier otra compañía aseguradora que le esté ofreciendo una cubierta de servicios dentales al empleado y/o a sus dependientes elegibles. En estos casos, si Delta es el asegurador primario, el beneficio a pagar será igual al que normalmente recibiría bajo la cubierta de Delta. Si el otro plan es el asegurador primario, Delta proveerá beneficios cubiertos solamente hasta el punto en que el otro plan no los cubra y estén cubiertos por el contrato entre Delta y el patrono. Es responsabilidad del empleado informar a la Compañía o a Delta sobre la elegibilidad de éste o de sus dependientes en cualquier otro plan que ofrezca algún tipo de cubierta o beneficio dental.

XV. Nota Importante:

Este folleto resume las condiciones del Contrato Dental Grupal y su contenido no podrá modificar en forma alguna la cubierta provista en dicho Contrato. En caso de existir alguna diferencia entre la información que aparece en este folleto y la del Contrato Dental Grupal, prevalecerá la información que aparece en el contrato. Ningún error de omisión o declaración en este folleto conferirá a las personas afectadas por el contrato derecho alguno que no esté expresamente otorgado por medio del Contrato.