

**Empleados de Servicio de California**  
**Resumen de beneficios del plan de indemnización dental**  
**Direct Pay Dental Plan VI**

Deberá consultar el Acuerdo de Negociación Colectiva o el Acuerdo con el Suscriptor de su Empleador para determinar si es elegible para inscribirse en el Plan de Indemnización Dental. También es posible que tenga la opción de elegir un plan dental prepago.

**Definiciones**

El término “**Año Calendario**” significa el período de doce meses que comienza el 1 de enero y termina a la medianoche del 31 de diciembre de cada año.

El término “**Gastos Dentales Cubiertos**” se refiere únicamente a los gastos incurridos en tratamientos necesarios que un Individuo Elegible recibe de un Dentista, o de un higienista dental bajo la supervisión de un Dentista, y que, en el área geográfica donde se hace el tratamiento, es el procedimiento habitual y de costumbre para la afección que se está tratando. Un Gasto Dental Cubierto se considera incurrido en la fecha en que se presta o recibe el servicio o suministro que da origen al gasto.

El término “**Consultor Dental**” se refiere a un Dentista que revisa y asesora a la Junta de Fideicomisarios sobre procedimientos dentales presentados a la Oficina de Administración de Reclamaciones por otro Dentista.

El término “**Tabla de Asignaciones**” hace referencia a la descripción de los procedimientos dentales y la cantidad permitida para cada procedimiento, aprobada por la Junta de Fideicomisarios y enmendada de vez en cuando, como se establece en el Apéndice adjunto.

**Requisito de Autorización Previa.**

Cualquier reclamación por tratamiento dental que tenga un costo de \$400 o más en cargos debe ser presentada ante la Oficina de Administración de Reclamaciones para obtener autorización previa de los beneficios **antes** de que comience el tratamiento.

***Beneficios Dentales***

***Deducible***

Cada individuo cubierto debe pagar los primeros \$50 en Gastos Dentales Cubiertos cada Año Calendario antes de que el Plan cubra cualquier Gasto Dental Cubierto.

***Coseguro y Máximo Anual por Año Calendario***

Si un Individuo Elegible tiene un Gasto Dental Cubierto necesario, el Plan cubrirá el porcentaje indicado de la cantidad especificada para el procedimiento en la Tabla de Asignaciones, pero nunca más del Cargo Habitual, Usual y Razonable, hasta un límite máximo de beneficios de \$2,500 por Individuo Elegible por Año Calendario.

**Beneficios de Ortodoncia**

Si un Individuo Elegible recibe un tratamiento ortodóntico necesario, el Plan cubrirá el 50% de los Cargos Habituales, Usuales y Razonables incurridos, hasta un beneficio máximo vitalicio de \$2,000 por Individuo Elegible.

## **Lista de Servicios**

Dentro de las limitaciones y exclusiones establecidas a continuación, la siguiente Lista de Servicios detalla los servicios cubiertos cuando los presta un Dentista, o un higienista dental bajo la supervisión de un Dentista, y cuando se determina que es un Cargo Habitual, Usual y Razonable:

### ***Servicios de Diagnóstico y Preventivos– pagados al 90%***

a) Procedimientos necesarios para ayudar al Dentista a evaluar las afecciones existentes y determinar el tratamiento dental requerido.

- Las radiografías de boca completa están limitadas a un juego cada 36 meses consecutivos.
- Las radiografías interproximales están limitadas a un juego cada seis meses consecutivos.

b) Atención Preventiva. Procedimientos necesarios para prevenir la aparición de enfermedades bucales.

Estos servicios incluyen:

- Profilaxis, no podrá superar tres por año calendario.
- Aplicación tópica de soluciones de fluoruro.
- Exámenes periódicos.
- Selladores en molares sin restauraciones hasta los 14 años.
- Mantenedores de espacio (que no estén relacionados con tratamiento ortodóntico).

### ***Servicios Básicos – pagados al 80%***

- a) Cirugía Oral. Procedimientos necesarios para extracciones y cirugía dental y bucal, incluidos los cuidados pre y postoperatorios.
- b) Odontología de Restauración. Procedimientos necesarios para restauraciones de amalgama, porcelana sintética y plástico. Se proporcionarán restauraciones, coronas y fundas de oro cuando los dientes no puedan ser restaurados con los materiales indicados arriba.
- c) Endodoncia. Terapia pulpar necesaria y obturación de conductos (tratamiento de dientes no vitales).
- d) Periodoncia. Procedimientos necesarios para el tratamiento de los tejidos que sostienen los dientes.

### ***Servicios principales – pagados al 50%***

Prostodoncia. Procedimientos necesarios para la construcción de puentes, dentaduras postizas parciales y completas. Se permitirá la sustitución cada cinco (5) años si se considera necesaria. Esto se aplica a las coronas y prótesis existentes.

### ***Ortodoncia.***

Procedimientos y aparatos necesarios para la interceptación y tratamiento de la maloclusión de los dientes y sus estructuras de soporte. Los beneficios se pagarán en mensualidades iguales durante la duración del plan de tratamiento presentado por el Ortodoncista a cargo. El proveedor debe enviar una factura mensualmente.

## **Limitaciones y Exclusiones.**

- a) Los servicios por lesiones o afecciones que sean compensables bajo las leyes de Compensación Laboral o Responsabilidad del Empleador, los servicios prestados por cualquier Agencia Federal o Estatal del Gobierno (relacionados con el servicio), o prestados sin costo alguno por cualquier municipio, condado u otra subdivisión política no son servicios cubiertos.
- b) Los servicios relacionados con malformaciones congénitas o cirugía cosmética u odontología por razones puramente estéticas no son servicios cubiertos.
- c) Las coronas colocadas en molares recibirán la asignación de coronas de fundición completa, ya que las coronas de porcelana se consideran cosméticas en esta área. (La reconstrucción bajo una corona estará incluida en el costo de la corona).
- d) La instrucción de higiene oral, el control de placa, el asesoramiento nutricional y sobre el tabaco, el registro periodontal y la tarifa por completar el formulario de reclamación no son servicios cubiertos.
- e) Las prótesis y coronas que fueron pagadas por este Plan están limitadas a una reposición cada cinco años y solo si se considera necesario.
- f) Los procedimientos, dispositivos o restauraciones exclusivamente con fines estéticos no son beneficios cubiertos.
- g) Los procedimientos, dispositivos o restauraciones que el Consultor Dental considere innecesarios pueden ser rechazados.
- h) El alisado radicular periodontal está limitado a cuatro (4) cuadrantes en 24 meses.
- i) El Consultor Dental puede rechazar los procedimientos electivos u opcionales.
- j) No se permitirán restauraciones posteriores de composite. Se permitirán las restauraciones de amalgama en los dientes posteriores.
- k) Los mantenedores de espacio para dientes primarios están sujetos a la aprobación del Consultor Dental.
- l) La reconstrucción de coronas y/o la cirugía gingival y la construcción de provisionales están incluidas en el precio de la corona.
- m) Los procedimientos relacionados con el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ) no son beneficios cubiertos.
- n) Los implantes, ya sean nuevos o preexistentes, y todos los servicios relacionados no son beneficios cubiertos.
- o) Los gastos incurridos en aparatos o restauraciones necesarios para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión, o con fines de ferulización, no están cubiertos.
- p) Cualquier tratamiento dental realizado fuera de los Estados Unidos y sus territorios estará limitado a tratamiento de emergencia y será revisado por el Consultor Dental del Fideicomiso y será rechazado si no es congruente con las normas de California.
- q) Si un Individuo Elegible selecciona un programa de tratamiento más costoso de lo que se proporciona habitualmente, o técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar, los beneficios serán pagaderos por el plan de tratamiento menos costoso, siempre que el tratamiento sea profesionalmente aceptable.
- r) Procedimientos dentales experimentales. Un procedimiento se considera experimental cuando no hay consenso en la comunidad dental profesional sobre la seguridad o eficacia del procedimiento, no hay documentación suficiente para determinar su adecuación, o si el uso del procedimiento para la indicación específica en la población de pacientes especificada se limita en gran medida a protocolos de investigación.

**Beneficios Dentales Extendidos.**

Si se inicia un procedimiento dental antes de la terminación de la elegibilidad de un Individuo Elegible, los beneficios dentales para ese procedimiento se proporcionarán hasta la fecha más temprana de las siguientes:

- a) el final de dos meses calendario a partir de la fecha en que se terminó la elegibilidad; o
- b) la fecha de finalización del tratamiento dental específico.

4046255v1/00570.014