



Su programa de beneficios de atención dental

Terminología

dental actual© Asociación Dental Americana

VANGUARD ACADEMY

Cuenta n.º 164044 Grupo n.º 424425 - Plan dental

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

4244250008.0525

CERTIFICADO DE COBERTURA

Blue Cross and Blue Shield of Texas (en adelante, «BCBSTX» o «Compañía aseguradora»)

Por la presente certifica que ha emitido un Contrato de **Beneficios Dentales Grupales** (en adelante denominado el «Plan»). Sujeto a las disposiciones del Plan, cada empleado (suscriptor) al que se le haya expedido una tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield of Texas, junto con sus dependientes elegibles para los que se haya presentado y aceptado inicialmente la solicitud, tendrá cobertura bajo el Plan, a partir de la fecha de vigencia que figura en la tarjeta de identificación, si el empleador realiza el pago puntual de la prima total adeudada a la aseguradora. La emisión de este folleto de beneficios por parte de BCBSTX no exime de las disposiciones de elegibilidad y fecha de entrada en vigor establecidas en el Plan.



James Springfield
Presidente de Blue Cross and Blue Shield of Texas

El Programa de cobertura dental adjunto a este Folleto de beneficios indica los porcentajes de beneficios, deducibles, máximos y otras cuestiones relacionadas con los beneficios y pagos que se aplican al Plan.

LA PÓLIZA DE SEGURO BAJO LA CUAL SE EMITE ESTE CERTIFICADO NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL. DEBE CONSULTAR A SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI ESTÁ SUSCRITO AL SISTEMA DE COMPENSACIÓN LABORAL.

¿Tiene alguna queja o necesita ayuda?

Si tiene algún problema con una reclamación o con su prima, llame primero a su compañía de seguros o a su HMO. Si no puede resolver el problema, el Departamento de Seguros de Texas puede ayudarle.

Incluso si presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja o apelación a través de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, puede perder su derecho a apelar.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation

Para obtener información o presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO: Llame a:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Línea gratuita: 1-800-521-2227
Correo electrónico: BCBSTXComplaints@bcbstx.com
Correo postal: P. O. Box 660044, Dallas, TX 75266-0044

Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta sobre seguros o presentar una queja ante el estado: Llame con su pregunta al: 1-800-252-3439

Presentar una queja: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico:

ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Correo postal: Protección al Consumidor, MC: CO-CP, Departamento de Seguros de Texas, PO Box 12030, Austin, TX 78711-2030

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudarle.

Aunque presente una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja a través del proceso de quejas o apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho a apelar.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO: Llame a: Blue

Cross and Blue Shield of Texas

Teléfono gratuito: 1-800-521-2227

Correo electrónico: BCBSTXComplaints@bcbstx.com Dirección postal: P. O. Box 660044, Dallas, TX 75266-0044

El Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado: Llame

con sus preguntas al: 1-800-252-3439

Presente una queja en: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: Protección al Consumidor, MC: CO-CP, Departamento de Seguros de Texas, PO Box 12030, Austin, TX 78711-2030

Programa de cobertura dental

Los deducibles, el importe del coseguro y el máximo anual que se indican a continuación están sujetos a cambios según lo permita la legislación aplicable.

BlueCare DentalSM

<i>Servicios cubiertos</i>	<i>Dentista contratado</i>	<i>Odontólogo no contratado</i>
Evaluaciones diagnósticas <i>(Sin deducible)</i>	100	100
Servicios preventivos <i>(Sin deducible)</i>	100	100
Radiografías diagnósticas <i>(Sin deducible)</i>	100	100
Servicios preventivos diversos <i>(sin deducible)</i>	100	100
Servicios básicos de restauración	80	80
Extracciones no quirúrgicas	80	80
Servicios periodontales no quirúrgicos	80	80
Servicios complementarios	80	80
Servicios de endodoncia	50	50
Servicios de cirugía oral	80	80
Servicios de cirugía periodontal	50	50
Servicios de restauración mayor	50	50
Servicios de prostodoncia	50	50
Servicios diversos de restauración y prostodoncia	50	50
Implantes	50	50
Ortodoncia <i>(sin deducible)</i>	50	50
Cobertura para hijos dependientes: Hijos dependientes Edad límite: 19		
Beneficios máximos de por vida por persona para ortodoncia	1000	1000
Deducible <i>Se aplica un traspaso del deducible de tres meses.</i>	50 \$ por persona / 150 \$ por familia	50 \$ individual / 150 \$ familiar
Máximo anual	1750	1750

Las prestaciones por los servicios cubiertos recibidos de un dentista contratado se basan en el importe permitido, y dicho dentista no puede facturar por separado los gastos que superen dicho importe.

Los beneficios por los servicios cubiertos recibidos de un dentista no contratado se basarán en un importe permitido determinado por BCBSTX, en cuyo caso el importe permitido no contratado no será inferior al importe que BCBSTX habría pagado por el mismo servicio, suministro o procedimiento cubierto si lo hubiera realizado o proporcionado un dentista contratado, y es posible que dicho dentista cobre la diferencia por los importes que superen este importe.

ÍNDICE

N.º de página

Certificado de cobertura Aviso
importante

Lista de cobertura dental.....	Anexo
INTRODUCCIÓN.....	9
¿QUIÉN OBTENDRÁ LOS BENEFICIOS?.....	10
CÓMO FUNCIONA EL PLAN.....	13
PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES.....	15
GASTOS DENTALES ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS.....	22
SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS.....	24
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES.....	30
DEFINICIONES	33
DISPOSICIONES GENERALES.....	37

INTRODUCCIÓN

Este plan es ofrecido por su empleador como uno de los beneficios de su empleo. Los beneficios proporcionados tienen como objetivo ayudarle con muchos de sus gastos de atención dental para servicios y suministros dentales necesarios. La cobertura de este plan se proporciona independientemente de su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. A lo largo de este folleto de beneficios hay disposiciones que afectan a su cobertura de atención dental. Es importante que lea atentamente el folleto de beneficios para conocer las prestaciones y los requisitos de este plan.

Los términos definidos en este Folleto de beneficios aparecen en mayúsculas y se muestran en la disposición correspondiente del Folleto de beneficios o en la sección **DEFINICIONES** del Folleto de beneficios. Siempre que se utilicen estos términos, su significado será coherente con la definición proporcionada. Los términos en cursiva pueden ser títulos de secciones que describen disposiciones o pueden ser términos definidos.

Los términos «usted» y «su» utilizados en este Folleto de beneficios se refieren al Empleado.

Las prestaciones disponibles en virtud del Plan se explican en la sección **SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS**. Las prestaciones a su disposición se indican en el Programa de cobertura dental de este Folleto de prestaciones.

Usted solo tiene cobertura para aquellas categorías de servicios seleccionadas por su empleador y que figuran en su Programa de cobertura dental.

El porcentaje de beneficio que se aplicará a cada categoría de servicio se muestra en su Programa de cobertura dental.

Información de contacto importante

Recursos	Información de contacto	Horario de atención
Línea de atención al cliente dental	1-800-521-2227	De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (el horario está sujeto a cambios)
Sitio web	www.bcbstx.com	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Línea de atención al cliente dental

Los representantes del servicio de atención al cliente dental pueden:

- Proporcionarle información sobre dentistas contratados.
- Distribuir formularios de reclamación.
- Responder a sus preguntas sobre reclamaciones.
- Ayudarle a identificar un dentista contratado (pero no le recomendarán dentistas específicos).
- Proporcionarle información sobre las características del plan.

Sitio web de BCBSTX

Visite el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com para obtener información sobre BCBSTX, acceder a los formularios mencionados en este folleto de beneficios y mucho más.

¿QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS?

Elegibilidad

La fecha de elegibilidad es la fecha en la que una persona pasa a ser elegible para estar cubierta por el plan. Una persona pasa a ser elegible para estar cubierta cuando se convierte en empleado elegible o dependiente según el plan. La fecha de elegibilidad es:

- La fecha en que el empleado, incluidos los dependientes que vayan a estar cubiertos, completa el período de espera, si lo hubiera, para la cobertura.
- Para un nuevo dependiente de un empleado que ya tiene cobertura bajo el Plan, la fecha en que el empleado adquirió al dependiente (fecha del matrimonio, nacimiento, orden judicial, acogida de un niño en acogida, adopción o demanda de adopción).

Cualquier persona que reúna los requisitos establecidos en este Contrato y que esté cubierta por el Plan de atención dental anterior del Empleador en la fecha anterior a la Fecha del Contrato, incluida cualquier persona que haya continuado con la cobertura colectiva en virtud de la legislación federal o estatal aplicable, reunirá los requisitos en la Fecha del Contrato. De lo contrario, usted reunirá los requisitos para la cobertura del Plan cuando cumpla la definición de Empleado Elegible.

Elegibilidad de los dependientes

Si solicita la cobertura, puede incluir a sus dependientes. Los dependientes elegibles son:

1. Su cónyuge;
2. Un niño menor de la edad límite indicada en la definición de «dependiente».
3. Un niño de cualquier edad que esté certificado médicamente como *discapacitado* y dependiente de usted;
4. Un nieto que sea su Dependiente a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se solicite la cobertura del nieto;
- 5.

Cualquier otro niño incluido como dependiente elegible en virtud del contrato. En la sección **DEFINICIONES** de este folleto de prestaciones se incluye una descripción detallada del término «dependiente».

El empleado debe estar cubierto primero para poder cubrir a sus dependientes elegibles. Ningún dependiente estará cubierto por este plan antes de la fecha de entrada en vigor del empleado.

Solicitud de cobertura

Puede solicitar la cobertura para usted y sus dependientes elegibles enviando un *formulario de inscripción/cambio* a su empleador o a BCBSTX.

No se impondrán normas de elegibilidad ni variaciones en la prima en función de su estado de salud, su estado dental, su historial de reclamaciones, la recepción de atención médica, su historial dental, su información genética, su evidencia de asegurabilidad, su discapacidad o cualquier otro factor relacionado con su estado de salud. La cobertura de este plan se proporciona independientemente de su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Las variaciones en la administración, los procesos o los beneficios de este plan que se basen en prácticas de gestión dental clínicamente indicadas y razonables, o que formen parte de incentivos, desincentivos y/u otros programas de bienestar permitidos, no constituyen discriminación.

¿QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS?

Fechas de entrada en vigor de la cobertura

La fecha de vigencia es la fecha en la que realmente comienza la cobertura para un participante. La fecha de vigencia figura en su tarjeta de identificación.

Es importante que la aseguradora reciba a tiempo su solicitud de cobertura en virtud del Plan. Si solicita la cobertura y paga la prima requerida para usted y sus dependientes elegibles y si:

1. Es elegible en la fecha del contrato y la aseguradora recibe la solicitud antes de dicha fecha o en los 31 días siguientes a la misma, su cobertura entrará en vigor en la fecha del contrato.
2. Inscribese para obtener cobertura para usted o sus dependientes durante un período de inscripción abierta; la cobertura entrará en vigor en la fecha de aniversario del contrato, siempre que la aseguradora reciba su solicitud a tiempo.

En ningún caso la cobertura de sus dependientes entrará en vigor antes de su fecha de entrada en vigor.

Solicitudes tardías

Si solicita cobertura para usted o para usted y sus dependientes y su solicitud no se recibe en un plazo de 31 días a partir de la fecha de elegibilidad, no podrá solicitar la cobertura hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que reúna los requisitos para un período de inscripción especial.

Períodos especiales de inscripción

Se han designado períodos de inscripción especiales durante los cuales puede solicitar o pedir un cambio en la cobertura para usted y/o sus dependientes elegibles. Debe solicitar la cobertura en un plazo de 31 días a partir de la fecha del evento desencadenante para poder optar a los cambios descritos en esta subsección del ***Período de inscripción especial***, incluidos los siguientes:

1. Nacimiento, adopción o parte en un proceso de adopción, acogida de un niño en acogida o cobertura por dependencia ordenada por un tribunal

La fecha de entrada en vigor de la cobertura será la fecha de nacimiento, adopción o parte en un proceso de adopción, o la fecha de acogida de un niño en acogida. La fecha de entrada en vigor de la cobertura para dependientes por orden judicial será determinada por BCBSTX de acuerdo con las disposiciones de la orden judicial.

2. Matrimonio

La fecha de entrada en vigor de la cobertura será, a más tardar, el primer día del mes siguiente a la fecha de su matrimonio.

BCBSTX **debe** recibir una notificación suya en un *formulario de inscripción/cambio* durante el período de 31 días posterior al evento. Si espera hasta después de este período de 31 días, la cobertura entrará en vigor en la fecha de aniversario del contrato siguiente al próximo período de inscripción abierta de su empleador.

Formulario de solicitud de inscripción/cambio

Utilice este formulario para...

- Notificar al plan y a BCBSTX un cambio en su nombre;
- Añadir dependientes (excepto un hijo recién nacido, en cuyo caso solo se requiere notificación);
- Eliminar dependientes.
- Cancele toda o parte de su cobertura.
- Notificar a BCBSTX cualquier cambio de domicilio suyo o de sus dependientes.

¿QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS?

Puede obtener este formulario a través de su empleador, llamando al número de teléfono de la línea de atención al cliente de BCBSTX Dental que aparece en este folleto de beneficios o en su tarjeta de identificación, o accediendo al sitio web de BCBSTX. Si la dirección y el código postal de un dependiente son diferentes a los suyos, asegúrese de indicar esta información en el formulario. Una vez que haya completado el formulario, devuélvalo a su empleador.

Cambios en su familia

Debe notificar inmediatamente a la aseguradora, según corresponda, en caso de nacimiento o seguir las instrucciones que se indican a continuación cuando se produzcan acontecimientos como, entre otros, los siguientes:

- Si agrega un dependiente debido a un matrimonio o la colocación de un niño en acogida, una adopción o un niño involucrado en un juicio en el que se solicita la adopción de un niño, o si su empleador recibe una orden judicial para proporcionar cobertura médica o dental al hijo de un participante o a su cónyuge, debe presentar un *formulario de inscripción/cambio* y la cobertura del dependiente entrará en vigor tal y como se describe en la sección **QUIÉN OBTIENE LOS BENEFICIOS**.
- Cuando se divorcie, su hijo alcance la edad límite para ser considerado hijo dependiente o un participante de su familia fallezca, la cobertura del Plan terminará de acuerdo con las disposiciones **de Terminación de la cobertura**.

Notifique a su empleador inmediatamente si se produce alguna de estas situaciones. No se ofrecerán prestaciones por los gastos incurridos después de la rescisión. Si se rescinde la cobertura de su dependiente, no se reembolsarán las primas correspondientes al periodo anterior a la fecha de notificación. Si se pagan prestaciones antes de notificarlo a BCBSTX, se solicitarán reembolsos.

Consulte la subsección **Continuación de la cobertura colectiva - Federal** de este folleto de beneficios para obtener información adicional.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Importe permitido

El importe permitido es el importe máximo de prestaciones que BCBSTX pagará por los gastos dentales elegibles en los que incurra en virtud del plan. La parte de los gastos de su dentista que supere el importe permitido de BCBSTX correrá a su cargo, excepto cuando haya acudido a un dentista contratado. También será responsable de los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o no cubiertos por el plan, así como de los deducibles y montos de coseguro aplicables.

Revise la definición de Importe permitido en la sección **DEFINICIONES** de este Folleto de beneficios para comprender las pautas utilizadas por BCBSTX.

Curso del tratamiento

Su dentista puede decidir realizar una serie de procedimientos dentales que, según el examen dental, usted necesita. En los casos en que haya más de un procedimiento o tratamiento cubierto profesionalmente aceptable, se cubrirán los beneficios del procedimiento o tratamiento cubierto menos costoso, según lo determine el Plan. Si el Participante solicita o acepta el servicio más costoso, la persona será responsable de los gastos que excedan el monto cubierto por el servicio menos costoso.

Terminología dental actual (CDT)

Para clasificar los servicios dentales se utiliza la edición más reciente del manual publicado por la Asociación Dental Americana (ADA) titulado «Terminología dental actual y códigos de procedimientos (CDT)».

El importe admisible para un gasto dental elegible se basará en los códigos de procedimiento más inclusivos.

Libertad de elección

<i>Cada vez que necesite atención dental, puede elegir entre:</i>	
<i>Acudir a un dentista contratado</i>	<i>Acudir a un dentista no contratado</i>
• Por lo general, el costo de su bolsillo será el menor, ya que los dentistas contratados han acordado aceptar un monto permitido más bajo como pago total de los gastos dentales elegibles. • No es necesario que presente formularios de reclamación. • No se le facturará el saldo por los costos que excedan el monto permitido por BCBSTX para los dentistas contratados.	• Su costo de bolsillo puede ser mayor porque los dentistas no afiliados no han firmado un contrato con BCBSTX para aceptar ninguna determinación de la cantidad permitida como pago total de los gastos dentales elegibles. • Debe presentar formularios de reclamación. • Los dentistas no contratados pueden facturarle el saldo de los costos que excedan el monto permitido por BCBSTX.

En cada uno de los casos descritos anteriormente, usted será responsable de lo siguiente:

- Cualquier deducible aplicable.
- Importes de coseguro;
- Servicios que están limitados o no cubiertos por el Plan.

Si su dentista no es un dentista contratado, es posible que usted sea responsable de presentar su reclamación, tal y como se describe en la sección **PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES** de este folleto de beneficios. También es posible que sea responsable del pago total en el momento en que se presten los servicios.

Para encontrar un dentista contratado, puede buscar un proveedor dental en el Directorio dental, iniciar sesión en Blue

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Cross and Blue Shield of Texas en www.bcbstx.com y busque un dentista utilizando el buscador de proveedores, o llame al número de la línea de atención al cliente dental que se encuentra en este folleto de beneficios o en su tarjeta de identificación.

Cómo se calculan los beneficios

Sus beneficios se basan en un porcentaje del importe permitido por el dentista. Para determinar sus beneficios, reste el deducible (si procede y no se ha satisfecho previamente) de sus gastos dentales elegibles y, a continuación, multiplique la diferencia por el porcentaje del importe del coseguro aplicable a la categoría de beneficios de los servicios que figuran en su programa de cobertura dental. El total resultante es el importe de los beneficios disponibles.

Los montos pendientes de pago, incluyendo cualquier exceso por encima del monto permitido, excepto cuando haya utilizado un dentista contratado, cualquier deducible y su monto de coseguro, serán su responsabilidad y deberá pagarlos a su dentista.

Cuando utilice un dentista no contratado, su gasto de bolsillo puede ser mayor, ya que los dentistas no contratados no han firmado un contrato con BCBSTX para aceptar cualquier determinación del importe permitido como pago total de los gastos dentales elegibles. Los dentistas no contratados pueden facturarle la diferencia por los gastos que superen el importe permitido por BCBSTX.

Tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación indica a los proveedores que usted tiene derecho a los beneficios del plan de atención dental de su empleador con BCBSTX. La tarjeta ofrece una forma conveniente de proporcionar información importante específica de su cobertura, que incluye, entre otros, lo siguiente:

- **Su número de identificación de suscriptor.** Este número de identificación único va precedido de un prefijo alfabético de tres caracteres que identifica a Blue Cross and Blue Shield of Texas como su aseguradora.
- **Su número de grupo.** Este es el número asignado para identificar el plan de atención dental de su empleador con BCBSTX.
- **Números de teléfono importantes.**

Recuerde siempre llevar consigo su tarjeta de identificación y presentarla a su dentista cuando reciba servicios o suministros de atención dental. No permita que ninguna persona que no figure en su cobertura utilice su tarjeta de identificación para recibir beneficios.

Recuerde que cada vez que se produzca un cambio en su familia, es posible que sea necesario que se le expida una nueva tarjeta de identificación (consulte la sección **QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS** para obtener instrucciones sobre los cambios). Una vez recibido el cambio de información, la aseguradora le proporcionará una nueva tarjeta de identificación.

Predeterminación de beneficios

Si se puede esperar razonablemente que un tratamiento para servicios que no sean de emergencia implique gastos dentales elegibles superiores a 300 dólares, se debe presentar una descripción de los procedimientos que se van a realizar y una estimación de los honorarios del dentista a BCBSTX antes del inicio del tratamiento, para que esta los predetermine.

BCBSTX puede solicitar copias de las imágenes radiográficas, fotografías, modelos y cualquier otro registro utilizado por el dentista para desarrollar el curso del tratamiento. BCBSTX revisará los informes y materiales, teniendo en cuenta cursos de tratamiento alternativos. BCBSTX le notificará a usted y al dentista los beneficios que se proporcionarán en virtud del plan. La predeterminación le brinda a usted y a su dentista la oportunidad de conocer el alcance de los beneficios disponibles. Los pagos de beneficios pueden reducirse en función de las reclamaciones pagadas después de que se proporcione una estimación de la predeterminación.

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Presentación obligatoria de reclamaciones

Aviso de reclamación

Debe enviar una notificación por escrito a BCBSTX en un plazo de 20 días, o tan pronto como sea razonablemente posible, después de que cualquier participante reciba los servicios para los que se proporcionan beneficios en virtud del plan. El hecho de no enviar la notificación dentro de este plazo no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si demuestra que no era razonablemente posible enviar la notificación y que esta se envió tan pronto como fue razonablemente posible.

Formularios de reclamación

Cuando BCBSTX reciba la notificación de la reclamación, le proporcionará a usted, a su empleador para que se la entregue a usted o al dentista, los formularios de reclamación dental que suele proporcionar para presentar la prueba de pérdida. Si los formularios no se proporcionan en un plazo de 15 días tras la recepción de la notificación por parte de BCBSTX, usted habrá cumplido con los requisitos del Plan para la Prueba de Pérdida al presentar, dentro del plazo fijado en el Plan para presentar la Prueba de Pérdida, una prueba escrita que cubra la ocurrencia, la naturaleza y el alcance de la pérdida por la que se presenta la reclamación.

BCBSTX debe recibir las reclamaciones preparadas y presentadas de la manera y en la forma adecuadas, en el plazo requerido y con la información solicitada antes de poder considerar cualquier reclamación para el pago de beneficios.

Quién presenta las reclamaciones

Reclamaciones presentadas por proveedores

Los dentistas contratados suelen presentar sus reclamaciones directamente a BCBSTX por los servicios prestados a usted o a cualquiera de sus dependientes cubiertos. En el momento en que se presten los servicios, pregunte si ellos presentarán los formularios de reclamación por usted. Para ayudar a los dentistas a presentar sus reclamaciones, debe llevar consigo su tarjeta de identificación.

Reclamaciones presentadas por los participantes

Si su dentista no presenta sus reclamaciones, deberá enviarlas a BCBSTX utilizando un formulario de reclamación presentado por el participante proporcionado por BCBSTX. Puede obtener un formulario de reclamación dental en el sitio web de BCBSTX. Siga las instrucciones que figuran en el reverso del formulario para completar la reclamación. Recuerde presentar los gastos de cada participante por separado, ya que los deducibles, las prestaciones máximas y otras disposiciones se aplican a cada participante por separado. Incluya las facturas detalladas del dentista impresas en papel con membrete y muestre:

- los servicios prestados;
- las fechas del servicio;
- los cargos; y
- nombre del participante involucrado.

VISITE EL SITIO WEB DE BCBSTX PARA OBTENER FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN DENTAL Y OTRA INFORMACIÓN ÚTIL
www.bcbstx.com

Dónde enviar los formularios de reclamación completados

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Dental Claims Division
P. O. Box 660247
Dallas, Texas 75266-0247

Quién recibe el pago

Los pagos de las prestaciones se realizarán directamente a los dentistas cuando estos presenten su reclamación a BCBSTX. Los acuerdos escritos entre BCBSTX y algunos dentistas pueden exigir que el pago se realice directamente a ellos. Cualquier prestación pagadera

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

que le correspondan, si no se han pagado en el momento de su fallecimiento, se pagarán a su beneficiario o a su patrimonio, si no se ha nombrado ningún beneficiario.

Salvo lo dispuesto en la sección «**Cesión y pago de beneficios**», los derechos y beneficios del Plan no son transferibles, ni antes ni después de la prestación de los servicios y suministros.

Pagos de beneficios a un administrador conservador

Las prestaciones por los servicios prestados a su hijo menor de edad a cargo pueden pagarse a un tercero si:

- el tercero esté designado en una orden judicial como tutor administrativo o posesorio del menor; y
- BCBSTX aún no haya pagado ninguna parte de la reclamación.

Para que los beneficios se paguen al administrador o tutor posesorio de un menor, el tutor debe presentar a BCBSTX, junto con el formulario de reclamación, una prueba del pago de los gastos y una copia certificada de la orden judicial que nombra a esa persona como administrador o tutor posesorio.

BCBSTX puede deducir de su pago de beneficios cualquier cantidad que le deba el destinatario del pago. El pago que se le haga a usted o a su dentista, o la deducción que BCBSTX haga de los pagos de beneficios de las cantidades que se le deben a BCBSTX, se considerará como el cumplimiento de sus obligaciones para con usted en virtud del Plan.

Se le enviará un resumen de *la Explicación de beneficios (EOB) para la atención dental* para que sepa lo que se ha pagado.

Cuándo presentar reclamaciones

Todas las reclamaciones de prestaciones en virtud del Plan deben presentarse debidamente en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que reciba los servicios o suministros. Las reclamaciones que no se presenten y reciba BCBSTX en un plazo de 90 días no invalidarán ni reducirán una reclamación si:

- no era razonablemente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo;
- la reclamación por escrito se presenta tan pronto como sea razonablemente posible; y
- a menos que el reclamante no tenga la capacidad legal para proporcionarla, la reclamación se presentará a más tardar doce (12) meses después de la fecha en que se requiera la reclamación.

Recepción de reclamaciones por parte de BCBSTX

BCBSTX considerará que una reclamación ha sido recibida para su tramitación cuando se haya entregado efectivamente en la oficina administrativa de BCBSTX de la forma y manera adecuadas y con toda la información requerida. Si la reclamación no está completa, puede ser denegada o BCBSTX puede ponerse en contacto con usted o con el dentista para solicitar información adicional.

REVISIÓN DE LAS DETERMINACIONES DE LAS RECLAMACIONES Determinaciones de reclamaciones

Cuando BCBSTX recibe una reclamación presentada correctamente, tiene la autoridad, en virtud del Plan, de interpretar y determinar las prestaciones de acuerdo con las disposiciones del Plan. BCBSTX tomará una decisión inicial sobre el pago o la denegación de una reclamación en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la misma. Si BCBSTX necesita más información para tramitar la reclamación, la solicitará dentro de ese plazo de 30 días.

Usted tiene derecho a solicitar y obtener una revisión completa y justa por parte de BCBSTX de cualquier determinación de una reclamación o cualquier otra determinación realizada por BCBSTX sobre sus beneficios en virtud del Plan.

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Si se rechaza una reclamación o no se paga en su totalidad

Si la reclamación es denegada en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito de BCBSTX con la siguiente información, si procede:

- Los motivos de la decisión.
- Una referencia a las disposiciones del Plan de beneficios en las que se basa la determinación;
- Una descripción de la información adicional que puede ser necesaria para completar la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material;
- Sujeto a las leyes de privacidad y otras restricciones, si las hubiera, la identificación de la reclamación, la fecha del servicio, el proveedor de atención dental, el importe de la reclamación (si procede) y una declaración en la que se describan los códigos de denegación con sus significados. Previa solicitud, también se facilitan los códigos de tratamiento con sus significados y las normas utilizadas.
- Una explicación de los procesos de revisión interna/apelación y revisión externa de BCBSTX (y cómo iniciar una revisión/apelación o revisión externa) y una declaración de su derecho, si lo hubiera, a iniciar una acción civil en virtud de la Sección 502(a) de la ley ERISA tras una denegación definitiva en la revisión interna/apelación;
- El derecho a solicitar, sin cargo alguno, el acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones.
- Cualquier norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar en el que se haya basado la determinación, y una declaración de que se proporcionará gratuitamente, previa solicitud, una copia de dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio similar.
- Una explicación del criterio científico o clínico en el que se basó la determinación en lo que respecta a las circunstancias dentales del reclamante, si la denegación se basó en la necesidad dental, el tratamiento experimental/investigativo o una exclusión similar, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud.
- Información de contacto de la oficina de asistencia al consumidor de seguros médicos o del defensor del pueblo correspondiente.

Plazos de las notificaciones obligatorias y prórrogas

Se aplican calendarios separados para el plazo de las notificaciones y prórrogas requeridas, dependiendo del tipo de reclamación. Existen dos tipos de reclamaciones, tal y como se definen a continuación.

- **Una reclamación previa al servicio** es cualquier solicitud de prestaciones o una determinación con respecto a la cual los términos del plan de prestaciones condicionan la recepción de la prestación a la aprobación de la misma antes de obtener la atención dental.
- **Una reclamación posterior al servicio** es una notificación en un formato aceptable para BCBSTX de que se le ha prestado o proporcionado un servicio. Esta notificación debe incluir todos los detalles del servicio recibido, incluyendo su nombre, edad, sexo, número de identificación, el nombre y la dirección del proveedor, un desglose detallado del servicio prestado o proporcionado, la fecha del servicio, el coste de la reclamación y cualquier otra información que BCBSTX pueda solicitar en relación con los servicios que se le han prestado.

Reclamaciones previas al servicio

Tipo de notificación	Plazo
<i>BCBSTX debe notificarle la determinación de la reclamación (ya sea adversa o no):</i>	
si hemos recibido toda la información necesaria para completar la revisión, en un plazo de:	2 días hábiles a partir de la recepción de la reclamación completa o 3 días naturales a partir de la solicitud, lo que primero, si se aprueba ocurra la reclamación; y 3 días naturales a partir de la solicitud, si se denegada

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Reclamaciones posteriores al servicio

Tipo de notificación o prórroga	Plazo
Si su reclamación está incompleta, BCBSTX debe notificárselo en un plazo de:	30 días
Si se le notifica que su reclamación está incompleta, deberá proporcionar la información completa de la reclamación a BCBSTX en un plazo de:	45 días después de recibir la notificación
<i>BCBSTX debe notificarle cualquier determinación adversa sobre la reclamación:</i>	
si la reclamación inicial está completa, en un plazo de:	30 días*
Tras recibir la reclamación completada (si la reclamación inicial está incompleta), en un plazo de:	45 días

*

Procedimientos de apelación de reclamaciones

Procedimientos de apelación de reclamaciones: definiciones

Una «**determinación adversa de beneficios**» significa una denegación, reducción o incumplimiento en la prestación o el pago (total o parcial) de un beneficio, incluyendo cualquier denegación, reducción o incumplimiento en respuesta a una reclamación o reclamación previa al servicio, o el incumplimiento en el pago de un beneficio resultante de la aplicación de cualquier revisión de utilización, así como el incumplimiento en la cobertura de un artículo o servicio para el que se proporcionan beneficios porque se determina que es experimental/investigativo o que no es necesario o apropiado desde el punto de vista dental. Si BCBSTX ha aprobado un curso de tratamiento en curso y BCBSTX reduce dicho tratamiento (excepto por enmienda o terminación del plan de beneficios del empleador) antes de que finalice el período de tratamiento aprobado, eso también se considera una determinación adversa de beneficios.

Cómo apelar una determinación adversa sobre beneficios

Usted tiene derecho a solicitar y obtener una revisión completa y justa de cualquier determinación de una reclamación, cualquier determinación de una solicitud de autorización previa o cualquier otra determinación realizada por BCBSTX de acuerdo con los beneficios y procedimientos detallados en su plan. Usted o una persona autorizada para actuar en su nombre pueden presentar una apelación de una determinación adversa de beneficios. En algunas circunstancias, un proveedor de atención dental puede apelar en su propio nombre. Su designación de un representante debe hacerse por escrito, ya que es necesario para proteger la confidencialidad de su información, excepto ante su representante autorizado. Para obtener un formulario de representante autorizado, usted o su representante pueden llamar a BCBSTX al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si cree que BCBSTX ha denegado incorrectamente la totalidad o parte de sus beneficios, puede solicitar que se revise su reclamación. BCBSTX revisará su decisión de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- En un plazo de 180 días después de recibir la notificación de una determinación adversa de beneficios, puede llamar o escribir a BCBSTX para solicitar una revisión de la reclamación. Si la apelación se realiza verbalmente, BCBSTX acusará recibo de la solicitud por escrito e incluirá un formulario de apelación de una página que se enviará a la parte apelante. BCBSTX necesitará conocer los motivos por los que no está de acuerdo con la determinación adversa de beneficios. Envíe su solicitud a:

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Sección de Revisión de
Reclamaciones Dentales Blue Cross and
Blue Shield of Texas
P. O. Box 660247
Dallas, Texas 75266-0247

- BCBSTX atenderá las solicitudes de información por teléfono; sin embargo, dichas consultas no constituirán una solicitud de revisión. Cualquier queja relacionada con la insatisfacción o el desacuerdo con una determinación adversa de beneficios constituye una apelación.
- Para respaldar la revisión de su reclamación, tiene la opción de presentar pruebas y testimonios a BCBSTX. Usted y su representante autorizado pueden solicitar revisar su expediente y cualquier documento relevante, y pueden presentar por escrito cuestiones, comentarios e información dental adicional en un plazo de 180 días después de recibir la notificación de una determinación adversa de beneficios o en cualquier momento durante el proceso de revisión de la reclamación.

BCBSTX le proporcionará a usted o a su representante autorizado cualquier prueba o justificación nueva o adicional, así como cualquier otra información y documento utilizado en la revisión de su reclamación, independientemente de si dicha información se tuvo en cuenta en la determinación inicial. No se tendrá en cuenta la Determinación Adversa de Beneficios inicial. Dichas pruebas o justificaciones nuevas o adicionales se le proporcionarán a usted o a su representante autorizado con suficiente antelación a la fecha en que se tome la decisión final sobre la apelación, con el fin de darle la oportunidad de responder. Si la determinación inicial de beneficios con respecto a la reclamación se basa total o parcialmente en un dictamen dental, la determinación de la apelación será tomada por un dentista asociado o contratado por BCBSTX y/o por asesores externos, pero que no hayan participado en la denegación inicial de su reclamación. Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos de reclamación o el procedimiento de revisión, escriba a la Oficina Administrativa de BCBSTX o llame al número gratuito de la línea de atención al cliente que figura en este folleto de beneficios o en su tarjeta de identificación.

Plazos para las resoluciones de apelación

BCBSTX tomará una decisión sobre la apelación de una determinación adversa de beneficios lo antes posible, pero no más tarde de 30 días después de que BCBSTX haya recibido la apelación.

Si necesita ayuda

Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos de reclamación o el procedimiento de revisión, escriba o llame a la sede central de BCBSTX al 1-800-521-2227. La línea de atención al cliente de BCBSTX está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Sección de revisión de reclamaciones
dentales Blue Cross and Blue Shield of
Texas
P. O. Box 660247
Dallas, Texas 75266-0247

Si necesita ayuda con las reclamaciones y apelaciones internas o con los procesos de revisión externa que se describen a continuación, puede llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Además, si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o necesita ayuda, puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272).

Notificación de la resolución de la apelación

BCBSTX notificará a la parte que presenta la apelación, a usted y, si se trata de una apelación clínica, a cualquier proveedor de atención dental que haya recomendado los servicios involucrados en la apelación, mediante una notificación por escrito de la determinación.

La notificación por escrito que se le enviará a usted o a su representante autorizado incluirá:

- Las razones de la determinación;

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

- Una referencia a las disposiciones del Plande prestaciones en las que se basa la determinación;
- Sujeto a las leyes de privacidad y otras restricciones, si las hubiera, la identificación de la reclamación, la fecha del servicio, el proveedor de atención dental, el importe de la reclamación (si procede) y una declaración en la que se describan los códigos de denegación con su significado y los criterios utilizados. Previa solicitud, también se facilitan los códigos de tratamiento con su significado;
- Una explicación de los procesos de revisión externa de BCBSTX (y cómo iniciar una revisión externa) y una declaración de su derecho, si lo hubiera, a interponer una acción civil en virtud del artículo 502(a) de la ley ERISA tras una denegación definitiva en la apelación externa;
- El derecho a solicitar, sin cargo alguno, el acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones.
- Cualquier norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar en el que se haya basado la determinación, y una declaración de que se proporcionará gratuitamente una copia de dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio similar si se solicita. Una explicación del criterio científico o clínico en el que se ha basado la determinación, o una declaración
- de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud; y
- Información de contacto de la oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguros médicos o del defensor del pueblo.

Si BCBSTX rechaza su apelación, en su totalidad o en parte, o si no recibe una decisión oportuna, tiene derecho a solicitar una revisión externa de su reclamación por parte de un tercero independiente, que revisará el rechazo y emitirá una decisión final. Sus derechos de revisión externa se describen en la sección ***Cómo apelar una determinación interna adversa definitiva ante una organización de revisión independiente (IRO)*** que figura a continuación.

Cómo apelar una determinación interna adversa definitiva ante una organización de revisión independiente (IRO)

Una «determinación adversa» significa una determinación por parte de BCBSTX o su organización de revisión de utilización designada de que un servicio de atención dental que es un servicio cubierto ha sido revisado y, basándose en la información proporcionada, se determina que es experimental/investigativo, o que no cumple con los requisitos de BCBSTX para la necesidad dental o la idoneidad, y por lo tanto se deniega o se reduce el servicio solicitado o el pago por el mismo.

Una «**Determinación interna definitiva adversa sobre prestaciones**» es una Determinación adversa sobre prestaciones que ha sido confirmada por BCBSTX al término del proceso interno de revisión/apelación de BCBSTX.

Este procedimiento (que no forma parte del proceso de reclamación) se refiere únicamente a las apelaciones de determinaciones adversas.

Cualquier parte cuya apelación de una Determinación Adversa sea denegada por BCBSTX puede solicitar la revisión de la decisión por parte de una IRO. En el momento en que se deniegue la apelación, BCBSTX le proporcionará a usted, a su representante designado o al Proveedor registrado, información sobre cómo apelar la denegación, incluido el formulario aprobado, que usted, su representante designado o su Proveedor registrado deben completar.

- BCBSTX presentará los registros dentales, los nombres de los proveedores y cualquier documentación pertinente a la decisión de la IRO.
- BCBSTX acatará la decisión de la IRO.
- BCBSTX pagará la revisión independiente.

Previa solicitud y sin coste alguno, usted o la persona que designe podrán acceder de forma razonable a todos los documentos, registros y demás información relevante para la reclamación o apelación, y obtener copias de los mismos, incluyendo:

- la información en la que se basó la decisión;
- la información presentada, considerada o generada en el curso de la toma de la decisión, independientemente de si se utilizó o no para tomar la decisión;
- descripciones del proceso administrativo y las garantías utilizadas para tomar la decisión;
- registros de cualquier revisión independiente realizada por BCBSTX;
- dictámenes dentales, incluyendo si un servicio concreto es experimental/investigativo o no.

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Necesario o apropiado desde el punto de vista dental; y el asesoramiento y la consulta de expertos obtenidos por BCBSTX en relación con la reclamación denegada, independientemente de si se ha tenido en cuenta dicho asesoramiento para tomar la decisión.

El proceso de apelación no le prohíbe buscar otras soluciones apropiadas, incluyendo medidas cautelares, una sentencia declaratoria u otras soluciones disponibles según la ley. Si su plan se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), usted tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud del artículo 502(a) de la ERISA.

Para obtener más información sobre el proceso de la IRO, llame al Departamento de Seguros de Texas (TDI) a la línea de información de la IRO al (866) 554-4926, o en Austin llame al (512) 676-6000.

Acciones contra BCBSTX

Usted o alguien en su nombre no podrá iniciar ninguna demanda o acción legal o de equidad antes de que transcurran 60 días desde la presentación de la Prueba de pérdida de conformidad con los requisitos del Plan, y no se iniciará ninguna acción de este tipo a menos que se haga dentro de los tres años siguientes a la expiración del plazo en el que el Plan exige la presentación de la Prueba de pérdida.

GASTOS DENTALES ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS

Gastos dentales elegibles

El Plan proporciona cobertura para los servicios y suministros que se consideran necesarios desde el punto de vista dental. El porcentaje de la prestación que se aplica a cada categoría de servicio se indica en la Tabla de cobertura dental.

Para conocer las prestaciones disponibles para los gastos dentales elegibles, consulte la Tabla de cobertura dental de este folleto de prestaciones. Sus prestaciones se calculan por año natural, salvo que se indique lo contrario. Al final de cada año natural, comienza un nuevo periodo de prestaciones para cada participante.

Deducibles

Las prestaciones del Plan estarán disponibles una vez que se hayan satisfecho los deducibles aplicables que se indican en su Programa de cobertura dental. Los deducibles se explican a continuación:

Deducible por año calendario: El monto del deducible individual que figura en la sección «Deducible» de su Programa de cobertura dental debe ser pagado por cada participante cubierto por su seguro cada año calendario. A menos que se indique lo contrario, este deducible se aplicará a todas las categorías de servicios, antes de que se puedan utilizar los beneficios del plan.

Las siguientes son excepciones a los deducibles descritos anteriormente.

Su Programa de cobertura dental indica que «se aplica el traspaso del deducible de tres meses». Esto significa que cualquier gasto dental elegible incurrido durante los últimos tres meses de un año calendario y aplicado para satisfacer el «deducible» de ese año del plan puede aplicarse para satisfacer ese deducible del año siguiente del plan.

Si tiene varios dependientes cubiertos, todos los gastos utilizados para aplicar el importe «por persona» se aplicarán al importe «por familia» que figura en su programa de cobertura dental. Cuando se alcance el importe del deducible familiar, no será necesario satisfacer más deducibles individuales durante el resto de ese año natural. Ningún participante contribuirá con más del importe del deducible individual al importe del deducible familiar.

Beneficios dentales máximos

Beneficio máximo anual

El importe total de las prestaciones disponibles para cualquier participante por todas las categorías de servicios combinadas durante un año natural no superará el «importe máximo anual de prestaciones» que figura en su programa de cobertura dental.

Este importe de beneficio máximo anual incluye:

1. Todos los pagos realizados por BCBSTX en virtud de las disposiciones sobre prestaciones del Plan, excepto los servicios de ortodoncia, cuando así se indique en su Programa de cobertura dental; y
2. Cualquier beneficio proporcionado a un Participante en virtud de un plan de atención dental contratado por el Empleador con BCBSTX inmediatamente antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Participante en virtud de este Plan.

GASTOS DENTALES ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS

Beneficios máximos de por vida

El importe total de las prestaciones disponibles para cualquier participante en virtud del Plan no excederá el importe de las «Prestaciones máximas de por vida» que se indica en su Programa de cobertura dental.

Este importe de beneficios máximos de por vida incluye todos los pagos realizados por BCBSTX en virtud de la disposición de servicios de ortodoncia del Plan, tal y como se indica en su Programa de cobertura dental.

Cambios en las prestaciones

Las prestaciones por gastos dentales elegibles incurridos durante un tratamiento que comience antes del cambio serán las prestaciones vigentes en la fecha en que se inició el tratamiento.

SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

El Plan proporcionará beneficios para los siguientes gastos dentales elegibles, sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas en este Folleto de beneficios, solo si la categoría de servicio aparece en su Programa de cobertura dental. El porcentaje de beneficio aplicable a cada categoría de servicio también se muestra en su Programa de cobertura dental.

El Plan proporcionará cobertura para el tratamiento de un Servicio Dental Cubierto en un entorno que no sea el consultorio y anestesia si usted no puede someterse al tratamiento dental en un consultorio o bajo anestesia local debido a razones físicas, mentales o médicas documentadas, según lo determine su médico o dentista que le brinde la atención dental.

Solo tiene cobertura para las categorías de servicios que figuran en el Programa de cobertura dental emitido con este Folleto de beneficios.

Evaluaciones diagnósticas

Las evaluaciones diagnósticas ayudan al dentista a determinar la naturaleza o la causa de una enfermedad dental e incluyen:

- Evaluaciones bucales periódicas para pacientes habituales.
- Examen centrado en el problema, ya sea limitado, detallado o exhaustivo.
- Evaluaciones bucales completas para pacientes nuevos o habituales.
- Evaluaciones periodontales exhaustivas para pacientes nuevos o habituales.
- Evaluaciones bucales de niños menores de tres años, incluido el asesoramiento al cuidador principal.

Los beneficios para evaluaciones bucales periódicas, extensas y detalladas se limitan a un máximo combinado de dos exámenes por año calendario. Las evaluaciones bucales integrales se limitan a una cada 36 meses cuando las realiza el mismo dentista. No se proporcionarán beneficios para evaluaciones periodontales integrales o evaluaciones centradas en problemas específicos cuando los gastos dentales elegibles se presten en la misma fecha que cualquier otra evaluación bucal realizada por el mismo dentista.

Servicios preventivos

Los servicios preventivos se realizan para prevenir enfermedades dentales. Los gastos dentales elegibles incluyen:

- Profilaxis: limpieza y pulido profesional de los dientes. Las prestaciones se limitan a dos limpiezas por año natural.
- Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave. Las prestaciones se limitan a una por año natural.
- Aplicación tópica de flúor: los beneficios para la aplicación tópica de flúor están disponibles para los participantes menores de 16 años y se limitan a dos aplicaciones por año calendario.

La combinación de profilaxis, raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada y tratamientos de mantenimiento periodontal se limita a una combinación de dos por año calendario.

Radiografías diagnósticas

Las imágenes radiográficas diagnósticas se toman para diagnosticar una enfermedad dental e incluyen interpretaciones. Los gastos dentales elegibles incluyen:

SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

- Radiografías completas de la boca (serie completa intraoral) y panorámicas: las prestaciones se limitan a un máximo combinado de una cada 60 meses.
- Radiografías de aleta de mordida: los beneficios se limitan a cuatro imágenes horizontales u ocho imágenes radiográficas verticales una vez por año calendario.
- Las radiografías de aleta de mordida no son elegibles por separado cuando se toman en la misma fecha que las radiografías de boca completa.
- Radiografías periapicales, según sean necesarias para el diagnóstico: las prestaciones se limitan a seis cada año natural.

Servicios preventivos diversos

Los servicios preventivos diversos son otros servicios que se prestan para prevenir enfermedades dentales e incluyen:

- Selladores: los beneficios para los selladores se limitan a uno por molar permanente (primero y segundo) durante toda la vida y están disponibles para los participantes menores de 14 años.
- Mantenedores de espacio: los beneficios para los mantenedores de espacio se limitan a un máximo de por vida de un aparato por arcada para los participantes de hasta 14 años.

Servicios de restauración básicos

Los servicios de restauración básicos son las restauraciones necesarias para reparar las caries dentales, incluyendo la preparación del diente, todos los adhesivos, bases, revestimientos y pulido. Los gastos dentales elegibles incluyen:

- Restauraciones con amalgama: las prestaciones se limitan a un servicio de restauración por diente cada 12 meses.
- Restauraciones con composite a base de resina: las prestaciones se limitan a un servicio de restauración por diente cada 12 meses.

Extracciones no quirúrgicas

Las extracciones no quirúrgicas son la extracción no quirúrgica de dientes y estructuras dentales e incluyen:

- Extracción de restos corales retenidos: dientes deciduos.
- Extracción de dientes erupcionados o raíces expuestas.

Servicios periodontales no quirúrgicos

El servicio periodontal no quirúrgico es el tratamiento no quirúrgico de una enfermedad dental en los tejidos de soporte y circundantes de los dientes (encías) e incluye:

- Raspado periodontal y alisado radicular: los beneficios se limitan a una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontal exhaustivos, limitado a una vez por persona.
- Procedimientos de mantenimiento periodontal: los beneficios se limitan a dos por año calendario después del tratamiento periodontal activo.

Beneficios mejorados

Los participantes diagnosticados y que reciban atención médica activa para las siguientes afecciones médicas, según lo determine el Plan, pueden recibir uno de los siguientes beneficios dentales mejorados, además de la cobertura estándar:

SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

Afecciones:

embarazo, diabetes, enfermedades cardiovasculares y prediabetes:

Beneficios:

- Una limpieza adicional o
- raspado periodontal y alisado radicular (hasta 2 cuadrantes) o
- Un mantenimiento periodontal adicional

Las prestaciones mejoradas se aplican al máximo anual de prestaciones.

Servicios complementarios

Los servicios generales complementarios incluyen:

- Tratamiento paliativo (de urgencia) del dolor dental, cuando el tratamiento no se realiza junto con un tratamiento o servicio definitivo.
- Sedación profunda/anestesia general y sedación consciente intravenosa/no intravenosa: solo mediante informe y cuando el Plan lo considere médicamente necesario para participantes con afecciones médicas o dentales documentadas. La aprensión de una persona no constituye una necesidad médica.

Servicios de endodoncia

La endodoncia es el tratamiento de las enfermedades dentales de la pulpa dental e incluye:

- Pulpotomía terapéutica y desbridamiento pulpar, cuando se realizan como procedimiento endodóntico definitivo.
- Tratamiento de conductos radiculares, incluido el plan de tratamiento, los procedimientos clínicos, las radiografías durante y después de la intervención y la atención de seguimiento.
- Procedimientos de apexificación/recalcificación y servicios de apicectomía/periradiculares, incluyendo cirugía, obturación retrógrada, amputación radicular y hemisección.

El desbridamiento pulpar se considera parte de la terapia endodóntica cuando lo realiza el mismo dentista y no está asociado a una visita de urgencia definitiva.

Servicios de cirugía oral

La cirugía oral se refiere a los procedimientos de extracción quirúrgica y otras intervenciones dentales bajo anestesia local, e incluye:

- Extracción quirúrgica de dientes.
- Alveoloplastia y vestibuloplastia.
- Extirpación de tumores/quistes odontogénicos benignos.
- Extirpación de tejido óseo.
- Incisión y drenaje de un absceso intraoral. La incisión y el drenaje de tejidos blandos intraorales solo están cubiertos cuando se realizan como tratamiento definitivo de un absceso. La atención de seguimiento rutinaria se considera parte del procedimiento. Otros procedimientos quirúrgicos y de reparación médicamente necesarios que no estén específicamente excluidos en este
- Contrato.

Servicios quirúrgicos periodontales

El servicio quirúrgico periodontal es el tratamiento quirúrgico de una enfermedad dental en los tejidos de soporte y circundantes de los dientes (encías) e incluye:

- Gingivectomía o gingivoplastia y procedimientos con colgajo gingival (incluido el alisado radicular): las prestaciones se limitan a un máximo de un procedimiento quirúrgico periodontal (cirugía periodontal, cirugía ósea, gingivectomía o gingivoplastia) por cuadrante cada 36 meses.
- Alargamiento clínico de la corona una vez por vida por diente.
- Cirugía ósea, incluyendo la entrada y el cierre del colgajo: las prestaciones se limitan a una por cuadrante cada 36 meses. Además, la cirugía ósea realizada junto con el alargamiento de la corona en la misma fecha de servicio y en la misma zona de la boca, recibirá la prestación del alargamiento de la corona en ausencia de enfermedad periodontal.
- Injertos óseos: los beneficios se limitan a uno por cuadrante cada 36 meses.
- Injertos de tejido blando/aloinjertos (incluido el sitio donante): los beneficios se limitan a uno por cuadrante cada 36 meses.
- Procedimiento de cuña distal o proximal, limitado a uno por cuadrante cada 36 meses, no en combinación con cirugía ósea.
- Los servicios periodontales quirúrgicos realizados junto con la colocación de coronas, incrustaciones, recubrimientos, reconstrucciones de coronas, postes y muñones, o restauraciones básicas se consideran parte de la restauración.

Servicios de restauración mayor

Los servicios de restauración restauran las estructuras dentales perdidas como resultado de caries o fracturas e incluyen:

- Restauraciones con coronas individuales.
- Restauraciones con incrustaciones/recubrimientos.
- Restauraciones con carillas labiales no realizadas por motivos estéticos.

Los beneficios para restauraciones mayores se limitan a una por diente cada 8 años, independientemente de si la colocación se realizó en virtud de este Contrato o de cualquier cobertura dental anterior, incluso si la corona original era de acero inoxidable. Las coronas colocadas sobre implantes estarán cubiertas.

Servicios de prostodoncia

La prostodoncia incluye los procedimientos necesarios para proporcionar sustitutos artificiales de los dientes naturales perdidos e incluye:

- Prótesis dentales completas y parciales removibles: se proporcionarán beneficios para la instalación inicial de prótesis dentales completas, inmediatas o parciales removibles, incluidos los ajustes, rebases o rebasados durante el período de seis meses posterior a la instalación. Los beneficios para reemplazos se limitan a una vez en cada período de 8 años, independientemente de si la colocación se realizó en virtud de este contrato o de cualquier cobertura dental anterior.
- Procedimientos de rebase o rebasado de dentaduras postizas: las prestaciones se limitarán a un procedimiento cada 36 meses.
- El acondicionamiento de los tejidos forma parte de una prótesis dental o de un rebase/reajuste, cuando se realiza el mismo día de la entrega de la prótesis.
- Puentes fijos: se proporcionarán beneficios para la instalación inicial de un puente elegible,

SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

incluidas las incrustaciones/recubrimientos y coronas. Las prestaciones se limitarán a una cada 8 años, independientemente de si la colocación se ha realizado en virtud del presente contrato o de cualquier cobertura dental anterior.

- Las prótesis colocadas sobre implantes estarán cubiertas.

Servicios diversos de restauración y prostodoncia

Otros servicios de restauración y prostodoncia incluyen:

- Coronas prefabricadas: los beneficios para coronas de acero inoxidable y resina se limitan a una por diente cada 8 años. Estas coronas no están diseñadas para usarse como coronas temporales.
- Recementación de incrustaciones/recubrimientos, coronas, puentes y postes y muñones: las prestaciones se limitarán a dos recementaciones por año natural. La recementación realizada en los seis meses siguientes a la colocación inicial por el mismo dentista se considera parte de la colocación inicial.
- Servicios de reparación de postes y muñones, retención con clavos y coronas y puentes.
- Capa pulpar: directa e indirecta.
- Ajustes: las prestaciones se limitarán a dos veces por aparato y año natural.
- Reparaciones de incrustaciones, recubrimientos, carillas, coronas, dentaduras fijas o removibles, incluyendo el reemplazo o la adición de un diente o gancho faltante o roto (a menos que las adiciones se completen en la misma fecha que el reemplazo de dentaduras parciales/dentaduras postizas). Los beneficios se limitan a un máximo de por vida de una vez por diente o gancho.

Servicios de ortodoncia

Los procedimientos y tratamientos de ortodoncia incluyen exámenes, registros, reposicionamiento (enderezamiento) de los dientes y retención de los mismos para los participantes cubiertos por ortodoncia, tal y como se indica en su Programa de cobertura dental. Los servicios cubiertos incluyen:

- Tratamiento de ortodoncia limitado, interceptivo y completo, que se acumula hasta el máximo de por vida del participante.

Disposiciones especiales relativas a los servicios de ortodoncia:

- Los servicios de ortodoncia se pagan a lo largo del tratamiento, hasta el máximo de la prestación de ortodoncia, tal y como se indica en su Programa de cobertura dental. Las prestaciones cesan cuando el participante deja de estar cubierto, independientemente de que se haya pagado la totalidad de la prestación.
- El tratamiento de ortodoncia comienza en la fecha en que se colocan las bandas o los aparatos.
- El pago de los servicios de diagnóstico realizados en relación con la ortodoncia se aplica a la prestación de ortodoncia y está sujeto a la prestación máxima, tal y como se indica en su Programa de cobertura dental para servicios de ortodoncia.
- Si el tratamiento de ortodoncia se interrumpe por cualquier motivo antes de su finalización, las prestaciones cesarán en la fecha de interrupción.
- Si la cobertura del Participante finaliza antes de que finalice el plan de tratamiento de ortodoncia, el Participante será responsable del saldo restante de los costos del tratamiento.
- No se cubre la recementación de un aparato de ortodoncia por parte del mismo dentista que lo colocó y/o que es responsable del cuidado continuo del participante.
- No se ofrecen beneficios para el reemplazo o la reparación de un aparato de ortodoncia.
- Para los servicios en curso en la fecha de entrada en vigor, las prestaciones se reducirán en función de las prestaciones pagadas antes

al inicio de esta cobertura.

Servicios de implantes

Según el plan dental elegido, es posible que se ofrezcan beneficios para servicios cubiertos relacionados con un dispositivo artificial diseñado específicamente para ser colocado quirúrgicamente en la boca como medio para reemplazar dientes perdidos. Consulte su Programa de cobertura dental para obtener más información.

Servicio dental de teledentística

Su dentista puede proporcionar servicios dentales de telemedicina, que también pueden incluir servicios dentales de telemedicina delegados y supervisados por su dentista, en las mismas condiciones y en la misma medida en que esta cláusula adicional proporciona cobertura para el servicio o procedimiento en un entorno presencial. Los deducibles, los importes de coseguro o las prestaciones máximas anuales para los gastos dentales elegibles serán los mismos que los exigidos para una consulta presencial. Se aplicarán los requisitos de predeterminación de beneficios.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES

Estas limitaciones y exclusiones generales se aplican a todos los servicios descritos en este contrato dental. La cobertura dental se limita a los servicios prestados por un dentista, un auxiliar dental (tal y como se define en la sección DEFINICIONES) con licencia para prestar los servicios cubiertos por este contrato dental.

Información importante sobre sus beneficios dentales

- ***Procedimientos dentales que no son médicamente necesarios***

Tenga en cuenta que, con el fin de proporcionarle beneficios de atención dental a un costo razonable, este contrato solo ofrece beneficios para aquellos gastos dentales elegibles que el plan determine que son médicamente necesarios.

No se proporcionarán beneficios para procedimientos que no sean médicamente necesarios. El hecho de que un dentista prescriba, solicite, recomiende o apruebe un procedimiento no lo convierte por sí mismo en un procedimiento o suministro médicamente necesario.

- ***Atención por parte de más de un dentista***

Si cambia de dentista en medio de un tratamiento específico, se le proporcionarán las prestaciones como si hubiera permanecido con el mismo dentista hasta completar el tratamiento. No habrá duplicación de prestaciones.

- ***Prestaciones alternativas***

En todos los casos en los que haya más de un procedimiento cubierto o curso de tratamiento posible para tratar una afección dental cubierta, la prestación se basará en el procedimiento cubierto o curso de tratamiento menos costoso, según lo determine el Plan. Si el Participante solicita o acepta el servicio más costoso, será responsable de los gastos que superen el importe cubierto por el servicio menos costoso.

Si usted y su dentista deciden realizar:

- restauraciones personalizadas; o
- dentaduras postizas completas o parciales personalizadas y sobredentaduras; o
- emplear técnicas especializadas para servicios dentales en lugar de procedimientos estándar, los beneficios proporcionados se limitarán a los beneficios para los procedimientos estándar para servicios dentales, según lo determine el Plan.

- ***Incumplimiento de la atención prescrita***

Cualquier tratamiento adicional y la responsabilidad resultante que se derive de la falta de cooperación del Participante con el dentista o del incumplimiento de la atención dental prescrita será responsabilidad del Participante.

Exclusiones y limitaciones

No se proporcionarán beneficios en virtud del presente Contrato para:

1. Servicios o suministros que no figuren específicamente como gastos dentales elegibles, o cuando estén relacionados con un servicio no cubierto.
2. Las cantidades que superen el importe permitido, según lo determine el Plan.
3. Servicios dentales para el tratamiento de malformaciones congénitas o del desarrollo, o servicios realizados con fines estéticos, incluidos, entre otros:
 - blanqueamiento dental; y
 - injertos para mejorar la estética.
4. Servicios e imágenes dentales, imágenes radiográficas, o aparatos para el diagnóstico y/o tratamiento de

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES

disfunción de la articulación temporomandibular y trastornos relacionados, a menos que se mencione específicamente en este Folleto de beneficios o si son consecuencia de una lesión accidental. Servicios o aparatos dentales para aumentar la dimensión vertical, a menos que se mencione específicamente en este Folleto de beneficios.

5. Servicios dentales que se realizan debido a una lesión accidental. Las lesiones causadas por masticar o morder un objeto o sustancia colocada en la boca no se consideran lesiones accidentales.
6. Servicios y suministros para cualquier enfermedad o lesión sufrida después de la fecha de entrada en vigor del participante:
 - como resultado de una guerra o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado; o mientras se encuentre en servicio activo o en la reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
7. Servicios o suministros que no sean necesarios desde el punto de vista dental o que no cumplan con los estándares aceptados de la práctica dental.
8. Servicios o suministros que sean de naturaleza experimental o investigativa o que no estén totalmente aprobados por un consejo de la Asociación Dental Americana.
9. Gastos hospitalarios y auxiliares.
10. Servicios o suministros por los que no está obligado a pagar o no tendría la obligación legal de pagar si no tuviera esta cobertura o una similar.
11. Servicios o suministros para los que se ofrecen «descuentos» o exenciones de los importes deducibles o coseguros.
12. Servicios o suministros recibidos de alguien que no sea un dentista, excepto aquellos servicios recibidos de un higienista dental autorizado bajo la supervisión y orientación de un dentista, cuando corresponda.
13. Servicios o suministros recibidos con fines de gestión del comportamiento o consulta.
14. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con una enfermedad profesional o una lesión sufrida en el ámbito y en el curso de cualquier empleo, independientemente de que las prestaciones se proporcionen o puedan proporcionarse, previa reclamación adecuada, en virtud de la ley de indemnización por accidentes de trabajo.
15. Cualquier servicio o suministro para el que se proporcionen o puedan proporcionarse, previa reclamación adecuada, prestaciones en virtud de cualquier ley promulgada por la Asamblea Legislativa de cualquier estado, o por el Congreso de los Estados Unidos, o cualquier ley, reglamento o procedimiento establecido de cualquier condado o municipio, excepto cualquier programa que sea un plan estatal de asistencia médica/dental (Medicaid); sin embargo, esta exclusión no será aplicable a ninguna cobertura que tenga el Participante para gastos dentales que esté incluida como parte de o en conjunción con cualquier póliza de seguro de accidentes de automóvil.
16. Cargos por asesoramiento nutricional, sobre tabaco o higiene bucal.
17. Cargos por impuestos locales, estatales o territoriales sobre servicios o procedimientos dentales.
18. Cargos por la administración de procedimientos de control de infecciones según lo exigido por la OSHA y las normativas locales, estatales o federales.
19. Cargos por prótesis duplicadas, temporales o provisionales u otros aparatos duplicados, temporales o provisionales.
20. Cargos por consultas telefónicas, consultas por correo electrónico u otros medios electrónicos, citas perdidas, cumplimentación de un formulario de reclamación o envío de registros o imágenes radiográficas solicitados.
21. Cargos por enjuagues bucales, soluciones tópicas, preparados o portadores de medicamentos con o sin receta médica.
22. Cargos por dentaduras postizas completas o parciales personalizadas y sobredentaduras, servicios y suministros relacionados, u otras técnicas especializadas.
23. Cargos por protectores bucales deportivos, aislamiento de dientes con dique de goma, cofias metálicas, movilización de dientes erupcionados/mal posicionados, accesorios de precisión para prótesis parciales y/o dentaduras postizas y amortiguadores de tensión.
24. Tratamientos químicos o administración localizada de agentes quimioterapéuticos.
25. Cargos por anestesia local, analgesia con óxido nitroso, fármacos terapéuticos, fármacos parenterales u otros fármacos o

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES

medicamentos y/o su aplicación, a menos que estén cubiertos por el Plan.

26. Cargos por dentaduras postizas parciales o completas o puentes fijos que incluyan la sustitución de un diente que faltaba antes de la fecha de entrada en vigor del presente contrato.
27. Reemplazo de una tercera muela extraída o faltante y/o dientes faltantes de forma congénita.
28. Cualquier servicio, tratamiento o suministro incluido como gasto dental elegible en otra cobertura hospitalaria, médica y/o quirúrgica.
29. Presentaciones de casos o planes de tratamiento detallados y exhaustivos cuando se facturen por separado.
30. Cargos por análisis de oclusión o ajustes oclusales.
31. Retratamiento endodóntico realizado en los 12 meses siguientes al tratamiento endodóntico inicial por el mismo odontólogo.
32. Pruebas de vitalidad pulpar, implantes endoóseos endodónticos, reimplantaciones intencionales, preparaciones de conductos, colocación de pernos y postes preformados o extracción de postes.
33. Tratamiento endodóntico si se interrumpe el tratamiento endodóntico.
34. Servicios quirúrgicos relacionados con malformaciones congénitas o del desarrollo.
35. Extracción profiláctica de terceros molares o dientes impactados (asintomáticos, no patológicos) o por impactaciones óseas cubiertas por otro plan de beneficios.
36. Extirpación de tumores o quistes de los maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar o suelo de la boca.
37. Exposición anatómica de la corona.
38. Extirpación de exostosis de los maxilares y el paladar duro (siempre que este procedimiento no se realice como preparación para dentaduras postizas u otras prótesis); tratamiento de fracturas de huesos faciales; incisión externa y drenaje de celulitis; incisión de senos accesorios, glándulas salivales o conductos; reducción de luxaciones o extirpación de las articulaciones temporomandibulares.
39. Regeneración tisular guiada o materiales biológicos para ayudar en la regeneración tisular.
40. Gastos por sustitución de dentaduras postizas, coronas u otros aparatos robados, perdidos o defectuosos.
41. Férulas dentales, incluidos retenedores dobles para dentaduras parciales removibles y puentes fijos.
42. Cualquier procedimiento, servicio o aparato con el fin de alterar o mantener la dimensión vertical de la oclusión.
43. Aparatos o restauraciones dentales debidos a la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión, erosión, desgaste, abrasión o abfracción. No se proporcionan beneficios para los aparatos o restauraciones destinados a restaurar la oclusión o los bordes incisales debido al bruxismo o a hábitos nocivos.
44. Cualquier procedimiento, servicio o aparato proporcionado principalmente con fines estéticos.
45. Aditamentos de precisión o semiprecisión.
46. Restauraciones con lámina de oro.
47. Pruebas y procedimientos de patología oral, o cargos por reevaluaciones.
48. La sustitución de una corona perdida o defectuosa.

DEFINICIONES

Las definiciones utilizadas en este folleto de beneficios se aplican a toda la cobertura, a menos que se indique lo contrario.

Lesión accidental significa una lesión corporal accidental que se produce de forma directa e independiente de cualquier otra causa.

Importe admisible significa el importe máximo determinado por BCBSTX como elegible para su consideración de pago por un servicio, suministro o procedimiento concreto.

- **Para los dentistas que tienen contrato con BCBSTX:** el importe permitido se basa en los términos del contrato del dentista y en la metodología de BCBSTX vigente en la fecha del servicio.
- **Para dentistas que no tienen contrato con BCBSTX:** el importe permitido se basa en el importe que BCBSTX habría pagado por el mismo servicio, suministro o procedimiento cubierto si lo hubiera realizado o proporcionado un dentista contratado.

A menos que se estipule lo contrario en un contrato entre el dentista y BCBSTX:

- **Para los servicios prestados en Texas:** el importe admisible se basa en la metodología aplicable a dentistas con experiencia y/o habilidades similares.
- **Para servicios realizados fuera de Texas:** el importe admisible se establecerá identificando a dentistas con experiencia o habilidades similares, con el fin de establecer el importe aplicable al procedimiento, los servicios o los suministros.
- **Para múltiples procedimientos quirúrgicos realizados en la misma zona operativa:** el importe permitido para todos los procedimientos quirúrgicos realizados al mismo paciente en el mismo día será el importe del procedimiento único con el importe permitido más alto, más un importe permitido adicional para los suministros o servicios cubiertos.
- **Cuando se disponga de un servicio, suministro o procedimiento profesionalmente aceptable y menos costoso:** el importe permitido se basará en los servicios menos costosos. No se trata de una determinación de necesidad dental, sino simplemente de una prestación contractual.

El importe permitido para todos los gastos dentales elegibles también incluye la administración de cualquier anestesia local y el control de infecciones necesario, según lo exijan las disposiciones estatales y federales.

Año natural significa el período que comienza cada 1 de enero y termina el 31 de diciembre siguiente, ambos inclusive.

El importe del coseguro es el importe en dólares (expresado en porcentaje) de los gastos dentales elegibles en los que haya incurrido un participante durante un año natural y que superen las prestaciones previstas en el plan.

La fecha de aniversario del contrato es la fecha correspondiente de cada año después de la fecha del contrato, mientras este esté en vigor.

La fecha del contrato es la fecha en la que comienza la cobertura del contrato del empleador con BCBSTX.

El dentista contratado es un dentista que ha firmado un acuerdo por escrito con BCBSTX, que ha contratado directamente con cualquier división o filial de Health Care Service Corporation (HCSC) y/o que ha firmado un acuerdo con otra entidad con la que HCSC o cualquiera de sus filiales haya contratado.

Por «tratamiento» se entiende cualquier número de procedimientos o tratamientos dentales realizados por un dentista en una serie planificada como resultado de un examen dental que revela la necesidad de dichos procedimientos o tratamientos.

DEFINICIONES

Orden judicial significa una instrucción emitida por un tribunal o un juez que exige a un participante hacer o no hacer algo. Una orden judicial también puede incluir una orden administrativa.

Deducible significa el importe en dólares de los gastos dentales elegibles en los que debe incurrir un participante antes de que se puedan utilizar las prestaciones del plan.

Necesidad dental o dentalmente necesario significa aquellos servicios, suministros o aparatos cubiertos por el Plan que son:

1. Esenciales, coherentes y proporcionados para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la afección o lesión dental; y
2. Se proporcionan de conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica odontológica en los Estados Unidos y son coherentes con ellas; y
3. No se prestan principalmente para la comodidad del Participante o del dentista del Participante; y
4. Los suministros, aparatos o niveles de servicio dental más económicos que sean adecuados para el tratamiento seguro y eficaz del Participante.

Dentista significa una persona, cuando actúa dentro del ámbito de su licencia, que es Doctor en Odontología (título D.D.S. o D.M.D.) y también incluirá a una persona que sea Doctor en Medicina o Doctor en Osteopatía.

Dependiente significa su cónyuge o cualquier *hijo* que haya sido determinado como elegible para la cobertura, si corresponde, y que esté cubierto por el Plan.

Por «*hijo*» se entiende un hijo biológico, un hijastro, un hijo acogido que reúna los requisitos, un hijo adoptado (incluido un hijo por el que usted o su cónyuge sean parte en un proceso judicial en el que se solicite la adopción del niño), menor de veintiséis (26) años de edad, independientemente de la dependencia económica, la residencia, la condición de estudiante, la situación laboral, el estado civil o cualquier combinación de estos factores. Un nieto debe ser dependiente suyo a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento de solicitar la cobertura para que el nieto esté cubierto por el Plan. La cobertura del nieto no puede rescindirse únicamente porque el nieto ya no sea dependiente a efectos del impuesto federal sobre la renta. Un hijo que no figure en la lista anterior, cuya residencia principal sea su hogar y del que usted sea tutor legal o pariente por consanguinidad o afinidad, y que dependa de usted para más de la mitad de su manutención, tal y como se define en el Código de Rentas Internas de los Estados Unidos, también se considera un *hijo* dependiente en virtud del Plan.

A los efectos de este plan, el término «*dependiente*» también incluirá a aquellas personas que ya no cumplan la definición de dependiente, pero que sean beneficiarios en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) o que continúen en virtud de las disposiciones pertinentes de la legislación aplicable de Texas, si las hubiera.

La fecha de entrada en vigor es la fecha en la que realmente comienza la cobertura para un participante. Puede ser diferente de la fecha de elegibilidad.

Los **gastos dentales elegibles** son los servicios, suministros o aparatos dentales reconocidos profesionalmente por los que el participante tiene derecho a una prestación cuando los proporciona un dentista en la fecha de entrada en vigor de la cobertura o después de ella y por los que el participante tiene la obligación de pagar.

Empleado elegible significa un empleado que trabaja a tiempo completo y que normalmente trabaja al menos 30 horas a la semana. El término incluye a los propietarios únicos, socios y contratistas independientes, si la persona está incluida como empleado en un plan de prestaciones sanitarias de una gran empresa.

El término no incluye a los empleados que:

1. Trabaja a tiempo parcial, temporal, estacional o como sustituto, o
2. Está cubierto por (a) otro plan de prestaciones sanitarias, o (b) un plan de prestaciones sociales para empleados autofinanciado o autoasegurado que ofrece prestaciones sanitarias y que se ha establecido de conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de 1974, o

DEFINICIONES

- Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, o Opta por no estar cubierto por el Plan de
3. Beneficios de Salud para Pequeños Empleadores y está cubierto por (a) el programa Medicaid; (b) otro programa federal, incluido el programa TRICARE o el programa Medicare; o (c) un plan de beneficios establecido en otro país.

Empleado significa una persona empleada por un gran empleador.

A los efectos de este plan, el término «*empleado*» también puede incluir a aquellas personas que ya no son empleados de la gran empresa, pero que son participantes cubiertos por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) o que continúan bajo las disposiciones apropiadas de la ley aplicable de Texas, si la hubiera.

Experimental/investigativo significa el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que no sea aceptado como *tratamiento médico estándar* de la afección que se está tratando, o cualquiera de esos elementos que requieran la aprobación de una agencia federal u otra agencia gubernamental que no se haya otorgado en el momento en que se prestaron los servicios.

La aprobación por parte de una agencia federal significa que el tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro ha sido aprobado para la afección que se está tratando y, en el caso de un medicamento, en la dosis utilizada en el paciente.

Tal y como se utiliza en el presente documento, *el tratamiento médico* incluye el tratamiento médico, quirúrgico u odontológico.

El tratamiento médico estándar se refiere a los servicios o suministros que se utilizan de forma generalizada en la comunidad médica de los Estados Unidos, y:

- se ha demostrado en publicaciones revisadas por pares que tienen un valor médico científicamente establecido para curar o aliviar la afección que se está tratando;
- son adecuados para el hospital o el proveedor en el que se realizaron; y
- el dentista ha recibido la formación y experiencia adecuadas para proporcionar el tratamiento o procedimiento.

El personal médico/dental de BCBSTX determinará si cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro es experimental/investigativo, y tendrá en cuenta las directrices y prácticas de Medicare, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno para tomar su decisión.

Aunque un dentista haya prescrito un tratamiento y los servicios o suministros se hayan proporcionado como último recurso, BCBSTX aún puede determinar que dichos servicios o suministros son experimentales/investigativos según esta definición. El tratamiento proporcionado como parte de un ensayo clínico o un estudio de investigación es experimental/investigativo.

Tarjeta de identificación significa la tarjeta emitida al empleado por la aseguradora que indica la información pertinente aplicable a la cobertura dental del participante.

Gran empleador (empleador) significa una persona (física, jurídica, sociedad u otra entidad legal) que ha empleado a una media de al menos 51 empleados en días laborables durante el año natural anterior y que emplea al menos a dos empleados el primer día del año natural.

Medicamento necesario o necesidad médica significa un procedimiento o suministro específico que se le proporciona y que, a juicio del Plan, es razonablemente necesario para el tratamiento o manejo de su síntoma, lesión o afección dental específica, y es el procedimiento más eficiente y económico que se le puede proporcionar de manera segura. El hecho de que un Proveedor pueda recetar, solicitar, recomendar o aprobar un procedimiento no lo convierte en medicamento necesario. Para ser medicamento necesario, el procedimiento o suministro también debe ajustarse a las normas aprobadas y generalmente aceptadas de la práctica dental vigente en el estado en el momento y lugar en que se solicita el procedimiento o suministro. Dichos procedimientos o suministros también están sujetos a revisión y análisis por parte de consultores dentales contratados por el Plan. Estos consultores revisan la reclamación y los materiales de diagnóstico presentados en apoyo de la misma y, basándose en sus opiniones profesionales, determinan la necesidad y la idoneidad del

DEFINICIONES

tratamiento.

Odontólogo no contratado significa un odontólogo que no es un odontólogo contratado según se define en el presente documento.

El período de inscripción abierta es el período de 31 días, seleccionado por el empleador, anterior a la siguiente fecha de aniversario del contrato, durante el cual los empleados y sus dependientes pueden inscribirse para obtener cobertura.

Participante significa un empleado o dependiente cuya cobertura ha entrado en vigor en virtud del presente contrato.

Prueba de pérdida significa la evidencia escrita de una reclamación, incluyendo:

1. El formulario en el que se presenta la reclamación;
2. Las facturas y los extractos que reflejen los servicios y artículos proporcionados a un participante y los
3. importes cobrados por dichos servicios y artículos que están cubiertos por la reclamación; y
Los códigos de diagnóstico y de procedimiento correctos para los servicios y artículos.

Proveedor significa un médico, dentista o cualquier otra persona, empresa o institución que proporcione a un Participante, cuando actúe dentro del ámbito de su licencia, un servicio o suministro que figure como Gasto Dental Elegible.

El servicio dental teledentistry es un servicio de atención médica prestado por un dentista o un profesional sanitario que actúa bajo la delegación y supervisión de un dentista, dentro del ámbito de la licencia o certificación del dentista o profesional sanitario, a un paciente que se encuentra en una ubicación física diferente a la del dentista o profesional sanitario, utilizando tecnologías de la información y las telecomunicaciones.

El período de espera es el número de días de empleo continuo exigido por el empleador que deben transcurrir antes de que una persona, que es un posible afiliado al plan, tenga derecho a la cobertura de las prestaciones.

DISPOSICIONES GENERALES

Agente

El Empleador no es agente de la Compañía Aseguradora.

Modificaciones

El Plan puede ser modificado o cambiado en cualquier momento por acuerdo entre el Empleador y BCBSTX.

Cesión y pago de prestaciones

Si un participante realiza una cesión por escrito de los beneficios a un dentista y dicha cesión se entrega a BCBSTX junto con la solicitud de beneficios, BCBSTX realizará cualquier pago directamente al dentista. El pago al dentista exime a BCBSTX de su responsabilidad ante el participante por cualquier beneficio disponible en virtud del plan.

Blue Cross and Blue Shield of Texas como plan independiente

El Empleador, en nombre propio y en el de sus Empleados, por la presente expresa y reconoce su comprensión de que el Plan constituye un contrato exclusivamente entre el Empleador y BCBSTX, que BCBSTX es una corporación independiente que opera bajo licencia de la Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la «Asociación») que permite a BCBSTX utilizar la marca de servicio Blue Cross and Blue Shield en el estado de Texas, y que BCBSTX no está contratando como agente de la Asociación. El Empleador reconoce y acepta además que no ha suscrito el Plan basándose en declaraciones de ninguna persona que no sea BCBSTX y que ninguna persona, entidad u organización que no sea BCBSTX será responsable ante el Empleador por ninguna de las obligaciones de BCBSTX con el Empleador creadas en virtud del Plan. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional por parte de BCBSTX, salvo las obligaciones creadas en virtud de otras disposiciones del Plan.

Autorización de divulgación

Si presenta una reclamación para obtener prestaciones, será necesario que autorice a cualquier dentista, compañía de seguros u otra entidad a proporcionar a BCBSTX toda la información y los registros o copias de los registros relacionados con el diagnóstico, el tratamiento o la atención de cualquier persona incluida en su cobertura. Si presenta reclamaciones para obtener prestaciones, se considerará que usted y sus dependientes han renunciado a todos los requisitos que prohíben la divulgación de esta información y estos registros.

Relación entre el participante y el dentista

La elección de un dentista debe ser realizada exclusivamente por usted o sus dependientes. BCBSTX no proporciona servicios ni suministros, sino que solo realiza el pago de los gastos dentales elegibles en los que incurran los participantes. BCBSTX no se hace responsable de ningún acto u omisión por parte de ningún dentista. BCBSTX no tiene ninguna responsabilidad por el incumplimiento o la negativa de un dentista a prestarle servicios o suministros a usted o a sus dependientes. La atención y el tratamiento recibidos están sujetos a las normas y reglamentos del dentista seleccionado y solo están disponibles para tratamientos aceptables para el dentista.

Sitio web de beneficios para participantes/dentistas

La información relativa a los servicios dentales cubiertos está disponible para usted y su dentista en nuestro sitio web www.bcbstx.com.

DISPOSICIONES GENERALES

Reembolso de los pagos de beneficios

Si BCBSTX paga los beneficios por los gastos dentales elegibles en los que usted o sus dependientes hayan incurrido y se descubre que el pago fue superior al que debía ser, o se realizó por error, BCBSTX tiene derecho a solicitar un reembolso al participante al que se le pagaron dichos beneficios, a cualquier otra compañía de seguros, a cualquier otra organización o al dentista que recibió el pago en exceso. Si no se recibe ningún reembolso, BCBSTX podrá deducir cualquier reembolso adeudado de cualquier pago de beneficios futuro.

Programas del gobierno estatal

1. Si un participante del Plan también es beneficiario de Medicaid, no se excluirán los beneficios por servicios, suministros o aparatos del Plan únicamente porque se paguen o se deban pagar beneficios por dichos servicios, suministros o aparatos en virtud de Medicaid. Todos los beneficios disponibles en virtud del Plan se pagarán a la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas en la medida en que lo exija el *Código de Seguros de Texas*; y
2. Todos los beneficios pagados en nombre de un niño o niños en virtud del Plan deben pagarse a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas cuando:
 - a. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas esté pagando los beneficios de conformidad con las disposiciones del *Código de Recursos Humanos*; y
 - b. El progenitor cubierto por el Plan tiene la custodia o el acceso al niño de conformidad con una orden judicial, o no tiene derecho al acceso o la custodia del niño y el tribunal le exige el pago de una pensión alimenticia; y
 - c. La aseguradora recibe una notificación por escrito en su oficina administrativa, adjunta a la solicitud de prestaciones cuando se presenta por primera vez, de que las prestaciones solicitadas deben pagarse directamente a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Reembolso

Cuando BCBSTX paga beneficios en virtud del Contrato y se determina que un tercero negligente es responsable de los mismos gastos, BCBSTX tiene derecho a recibir un reembolso de los fondos pagaderos por el tercero negligente por un monto equivalente al que BCBSTX ha pagado por dichos gastos. Por la presente, el Participante se compromete a reembolsar a BCBSTX cualquier dinero recuperado de un tercero negligente como resultado de una sentencia en su contra, un acuerdo con él o cualquier otro pago realizado por dicho tercero. El Participante se compromete a emprender acciones contra el tercero, proporcionar toda la información y prestar asistencia a BCBSTX en relación con las medidas adoptadas, así como a firmar y entregar todos los documentos y la información necesarios para que BCBSTX haga valer nuestros derechos de reembolso.

El proceso de BCBSTX para recuperar por subrogación o reembolso se llevará a cabo de conformidad con el Título 6, Capítulo 140, del Código de Prácticas Civiles y Recursos de Texas.

Coordinación de beneficios

La coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando usted tiene cobertura médica/dental a través de más de un plan de salud. Las reglas de determinación del orden de beneficios rigen el orden en que cada plan de salud pagará una reclamación de beneficios. El plan de salud que paga primero se denomina plan principal. El plan principal debe pagar las prestaciones de acuerdo con las condiciones de su póliza, sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan cubra algunos gastos. El plan de salud que paga después del plan principal es el plan secundario. El plan secundario puede reducir las prestaciones que paga para que los pagos de todos los planes equivalgan al 100 % del gasto total admisible.

A los efectos de esta sección únicamente, las siguientes palabras y frases tienen los siguientes significados:

DISPOSICIONES GENERALES

Gastos admisibles: gastos de atención médica/dental, incluidos deducibles, coseguros y copagos, que están cubiertos, al menos en parte, por cualquier plan de atención médica que cubra a la persona para la que se presenta la reclamación. Cuando un plan de asistencia sanitaria (incluido este plan de asistencia sanitaria) proporciona prestaciones en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio prestado se considera tanto un gasto admisible como una prestación pagada. Además, cualquier gasto que un proveedor de asistencia sanitaria o dental o un médico, por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, tenga prohibido cobrar a un participante no se considera un gasto admisible.

Por **plan de asistencia sanitaria** se entiende cualquiera de los siguientes (incluido este plan) que proporcione prestaciones o servicios para, o por motivo de, la asistencia o el tratamiento médico/dental. Si se utilizan contratos separados para proporcionar una cobertura coordinada a los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran parte del mismo plan y no existe COB entre dichos contratos separados:

Pólizas de seguro de accidentes y salud colectivas, generales o de franquicia, excluida la cobertura de protección de ingresos por discapacidad; pruebas de cobertura de organizaciones de mantenimiento de la salud individuales y colectivas; pólizas de seguro de accidentes y salud individuales; planes de beneficios de proveedores preferidos individuales y colectivos y planes de beneficios de proveedores exclusivos; contratos de seguro colectivo, contratos de seguro individual y contratos de suscriptor que pagan o reembolsan el costo de la atención dental; componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo individuales y colectivos; cobertura de beneficios limitados que no se emite para complementar pólizas individuales o colectivas vigentes; acuerdos no asegurados de cobertura colectiva o de tipo colectivo; la cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóvil; y Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.

El plan de atención médica no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Fondo Común de Seguros Médicos de Texas; cobertura de seguro de compensación laboral; cobertura de indemnización por hospitalización u otra cobertura de indemnización fija; cobertura por enfermedades específicas; cobertura de beneficios complementarios; cobertura solo por accidentes; cobertura por accidentes específicos; coberturas escolares por accidentes que cubren a los estudiantes solo por accidentes, incluidas las lesiones deportivas, ya sea las 24 horas del día o durante el trayecto hacia y desde la escuela; prestaciones previstas en contratos de seguro de cuidados a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidados personales, cuidados diurnos para adultos, servicios domésticos, asistencia en las actividades de la vida diaria, cuidados de relevo y cuidados de custodia, o para contratos que pagan una prestación diaria fija sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de servicios; Pólizas complementarias de Medicare; un plan estatal bajo Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, proporciona beneficios que exceden los de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza de seguro individual de accidentes y salud diseñada para integrarse completamente con otras pólizas a través de un deducible variable.

Cada contrato de cobertura es un plan independiente. Si un plan tiene dos partes y las normas de COB solo se aplican a una de ellas, cada una de las partes se trata como un plan independiente.

BCBSTX tiene derecho a coordinar las prestaciones entre este Plan de Asistencia Sanitaria y cualquier otro Plan de Asistencia Sanitaria que le cubra.

Las reglas que establecen el orden de determinación de beneficios entre este Plan y cualquier otro Plan de atención médica que lo cubra y en cuyo nombre se presente una reclamación son las siguientes:

1. Los beneficios de un plan de atención médica que no tenga una disposición de coordinación de beneficios se determinarán en todos los casos antes que los beneficios de este plan.
2. Si, de acuerdo con las reglas establecidas a continuación en esta sección, las prestaciones de otro Plan de atención médica que contenga una disposición que coordine sus prestaciones con este Plan de atención médica se determinaran antes de que se determinaran las prestaciones de este Plan de atención médica, las prestaciones del otro Plan de atención médica se considerarán antes de la determinación de las prestaciones en virtud de este Plan de atención médica.

El orden de las prestaciones de su reclamación en relación con **los párrafos 1 y 2** anteriores se determina utilizando la primera de las siguientes normas que sea aplicable:

DISPOSICIONES GENERALES

1. No dependiente o dependiente. El plan de atención médica que cubre a la persona que no es dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado, es el plan principal, y el plan de atención médica que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan de atención médica que cubre a la persona como dependiente y primario al plan de atención médica que cubre a la persona como no dependiente, entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte, de modo que el plan de atención médica que cubre a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan de atención médica es el plan principal. Un ejemplo es el de un empleado jubilado.
2. Hijo dependiente cubierto por más de un plan de atención médica. A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes de atención médica que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas que se aplican.
 - a. En el caso de un hijo dependiente cuyos padres estén casados o vivan juntos, independientemente de si han estado casados alguna vez:
 - (i) El plan de salud del progenitor cuyo cumpleaños sea anterior en el año natural es el plan principal; o
 - (ii) Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan de salud que haya cubierto al padre durante más tiempo será el plan principal.
 - b. En el caso de un hijo dependiente cuyos padres estén divorciados, separados o no vivan juntos, independientemente de si han estado casados o no:
 - (i) Una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica/dental o de la cobertura médica/dental del hijo dependiente y el plan de salud de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan de salud es el principal. Esta norma se aplica a los años del plan que comienzan después de que el plan de salud haya recibido la notificación de la sentencia judicial.
 - (ii) Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica/dental o de la cobertura médica/dental del hijo dependiente, las disposiciones del apartado 2.a. deben determinar el orden de las prestaciones.
 - (iii) Si una orden judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de ellos es responsable de los gastos de atención médica/dental o de la cobertura médica/dental del hijo dependiente, las disposiciones del apartado 2.a. determinarán el orden de las prestaciones.
 - (iv) Si no existe una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica/dental o la cobertura médica/dental del hijo dependiente, el orden de las prestaciones para el hijo será el siguiente:
 - (I) El Plan de Salud que cubre al progenitor con la custodia;
 - (II) el Plan de asistencia sanitaria que cubre al cónyuge del progenitor con la custodia;
 - (III) el plan de salud que cubre al progenitor sin la custodia; y
 - (IV) el plan de salud que cubre al cónyuge del progenitor que no tiene la custodia.
 - c. En el caso de un hijo dependiente cubierto por más de un plan de asistencia sanitaria de personas que no son los padres del niño, las disposiciones de 2.a o 2.b. deben determinar el orden de las prestaciones como si esas personas fueran los padres del niño.
 - d. Para un hijo dependiente que tenga cobertura en el plan de salud de uno o ambos padres y tenga su propia cobertura como dependiente en el plan de salud del cónyuge, se aplica el párrafo 5. a continuación.
 - En caso de que la cobertura del hijo dependiente en el plan de salud del cónyuge haya comenzado en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente en el plan de salud de uno o ambos padres, el orden de las prestaciones se determinará aplicando la regla del cumpleaños del apartado 2.a. a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.
 - e. las prestaciones se determinará aplicando la regla del cumpleaños del apartado 2.a. a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.
3. Empleado en activo, jubilado o despedido. El plan de salud que cubre a una persona como empleado en activo

DISPOSICIONES GENERALES

El empleado, es decir, un empleado que no ha sido despedido ni se ha jubilado, es el plan principal. El plan de salud que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo se aplicaría si una persona es dependiente de un empleado en activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan de salud que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido o como dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta regla y, como resultado, los planes de salud no se ponen de acuerdo sobre el orden de las prestaciones, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si el párrafo 1 anterior puede determinar el orden de las prestaciones.

4. COBRA o cobertura estatal de continuación. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de COBRA o de un derecho de continuación previsto por la legislación estatal u otra legislación federal está cubierta por otro plan de asistencia sanitaria, el plan de asistencia sanitaria que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, es el plan principal, y la cobertura de continuación COBRA, estatal u otra cobertura federal es el plan secundario. Si el otro plan de salud no tiene esta regla y, como resultado, los planes de salud no se ponen de acuerdo sobre el orden de las prestaciones, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si el párrafo 1 anterior puede determinar el orden de las prestaciones.
5. Duración más larga o más corta de la cobertura. El plan de atención médica que haya cubierto a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el plan principal, y el plan de atención médica que haya cubierto a la persona durante menos tiempo es el plan secundario.
6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deben dividirse en partes iguales entre los planes de salud que cumplen con la definición de plan de salud. Además, este plan de salud no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan principal.

Cuando este Plan de atención médica es secundario, puede reducir sus beneficios para que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los Planes de atención médica no supere el total de los Gastos permitidos. Al determinar el monto a pagar por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica/dental y aplicará ese monto calculado a cualquier Gasto permitido bajo su Plan de atención médica que no haya sido pagado por el plan primario. El plan secundario puede entonces reducir su pago en la cantidad correspondiente, de modo que, cuando se combine con la cantidad pagada por el plan principal, el total de las prestaciones pagadas o proporcionadas por todos los planes de asistencia sanitaria para la reclamación sea igual al 100 % del total de los gastos admisibles para dicha reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar a su plan deducible (si procede) cualquier cantidad que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de asistencia sanitaria/dental.

Si un participante está inscrito en dos o más planes de atención médica de panel cerrado y, por cualquier motivo, incluida la prestación de servicios por parte de un proveedor que no pertenece al panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de atención médica de panel cerrado, la COB no se aplicará entre ese plan de atención médica y otros planes de atención médica de panel cerrado.

Cuando usted tenga derecho a prestaciones como prestaciones primarias en virtud de Medicare, dichas prestaciones se determinarán en primer lugar y las prestaciones en virtud de este plan podrán reducirse en consecuencia. Debe completar y enviar los consentimientos, autorizaciones, cesiones y otros documentos solicitados por BCBSTX para obtener o garantizar el reembolso por parte de Medicare. Si no coopera o no se inscribe en la Parte B, la Parte D y, si es elegible, la Parte A del programa Medicare, será responsable del monto que hubiéramos recibido si hubiera cooperado o se hubiera inscrito.

Si la atención hospitalaria comenzó cuando usted estaba inscrito en un plan de atención médica anterior, después de que usted pague su cantidad de coseguro en virtud de este plan, BCBSTX pagará la diferencia entre las prestaciones de este plan y las prestaciones del contrato o póliza de seguro anterior por los servicios prestados a partir de la fecha de entrada en vigor de este plan.

Las prestaciones proporcionadas directamente a través de un proveedor específico de un empleador se proporcionarán en todos los casos antes que las prestaciones de este plan.

A los efectos de esta disposición, BCBSTX podrá, con sujeción a los requisitos de confidencialidad aplicables establecidos en

DISPOSICIONES GENERALES

este Plan, revelar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización la información necesaria en virtud de esta disposición. Si reclama prestaciones en virtud de este Plan, deberá proporcionar toda la información que consideremos necesaria para aplicar esta disposición.

Ninguna de las normas anteriores relativas a la coordinación de beneficios retrasará los servicios médicos/dentales cubiertos por este Plan.

Siempre que BCBSTX haya realizado pagos con respecto a los gastos permitidos por un importe total, en cualquier momento, superior al 100 % del importe del pago necesario en ese momento para cumplir con la intención de esta Parte, tendremos derecho a recuperar dicho pago, en la medida en que se haya excedido, de entre uno o varios de los siguientes, según determinemos: cualquier persona o personas a las que se hayan realizado dichos pagos, o en relación con las cuales se hayan realizado; cualquier compañía o compañías de seguros; o cualquier otra organización u organizaciones a las que se hayan realizado dichos pagos.

Debe completar y enviar los consentimientos, exenciones, cesiones y otros documentos que le solicitemos para obtener o garantizar el reembolso en virtud de la indemnización por accidente laboral. Si no coopera, será responsable del importe que BCBSTX habría recibido si hubiera cooperado. Las prestaciones en virtud de la indemnización por accidente laboral se determinarán en primer lugar y las prestaciones en virtud de este Plan podrán reducirse en consecuencia.

Reembolso: actos de terceros

BCBSTX le prestará servicios debido a la acción u omisión de otra persona. Sin embargo, si tiene derecho a una indemnización por parte de un tercero en relación con dichos servicios, deberá aceptar por escrito:

1. Reembolsarnos hasta el límite del importe admisible que se le habría cobrado por los servicios de atención médica/dental si no estuviera cubierto por este Plan. Dicho reembolso deberá realizarse inmediatamente después de que usted cobre la indemnización por los gastos hospitalarios o médicos, ya sea mediante una acción judicial, un acuerdo o de otro modo.
2. Asignar a BCBSTX el derecho de recuperación de un tercero por los gastos hospitalarios y médicos pagados por nosotros en su nombre y proporcionarnos cualquier ayuda razonable necesaria para que podamos reclamar dicha recuperación. Además, BCBSTX tendrá derecho a recuperar los honorarios de los abogados y las costas judiciales relacionadas con sus esfuerzos de subrogación solo si BCBSTX ayuda en el cobro de los daños y perjuicios de un tercero.

Terminación de la cobertura

BCBSTX no está obligada a notificarle previamente la terminación de la cobertura. BCBSTX no siempre tendrá conocimiento de los hechos que provocan la terminación hasta después de que estos hayan ocurrido.

Terminación de la cobertura individual

La cobertura del Plan para usted y/o sus dependientes se rescindirá automáticamente cuando:

- 1 BCBSTX no recibe puntualmente su parte de la prima del grupo; o
- 2 Ya no cumple con la definición de empleado tal y como se define en este folleto de beneficios, incluyendo la terminación del empleo; o
- 3 El plan se rescinde; o
- 4 Un dependiente deja de serlo según se define en el plan.

Sin embargo, cuando se produzca cualquiera de estos acontecimientos, usted y/o sus dependientes podrán tener derecho a continuar con la cobertura. Consulte la sección «**Continuación de la cobertura colectiva - Federal**» en la sección **DISPOSICIONES GENERALES** de este folleto de prestaciones.

DISPOSICIONES GENERALES

La aseguradora puede negarse a renovar la cobertura de un empleado o dependiente elegible por fraude o tergiversación intencional de un hecho relevante por parte de esa persona.

La cobertura para un hijo de cualquier edad que esté médicamente certificado como *discapacitado* y sea dependiente suyo no terminará al alcanzar la edad límite indicada en la definición de dependiente si el hijo sigue siendo:

1. *Discapacitado*; y
2. Dependiente de usted para su manutención y sustento, tal y como se define en el Código de Rentas Internas de los Estados Unidos.

Por «*discapacidad*» se entiende cualquier condición física o mental médicamente determinable que impida al niño desempeñar un empleo que le permita mantenerse por sí mismo. La discapacidad debe comenzar mientras el niño esté cubierto por el Plan y antes de que alcance la edad límite. Debe presentar una prueba satisfactoria de la discapacidad y la dependencia a través de su empleador a la aseguradora en un plazo de 31 días a partir de que el niño alcance la edad límite. Como condición para la continuidad de la cobertura de un niño como dependiente *discapacitado* más allá de la edad límite, la aseguradora puede exigir una certificación periódica de la condición física o mental del niño, pero no con una frecuencia superior a una vez al año después del período de dos años siguiente al cumplimiento de la edad límite por parte del niño.

Terminación del grupo

La cobertura de todos los participantes se extinguirá si el grupo se extingue de conformidad con los términos del Plan.

Continuación de la cobertura grupal - Federal

Los siguientes «eventos» **pueden** ofrecerle a usted o a sus dependientes la opción de continuar con la cobertura grupal:

1. Su fallecimiento, divorcio, jubilación o elegibilidad para Medicare;
2. La terminación de su condición de empleado (excepto por causa de falta grave) o jubilación;
3. Si está cubierto como empleado jubilado, la presentación de un procedimiento de quiebra del Título XI por parte del grupo; o
4. El matrimonio de su hijo o el hecho de que este alcance la «edad límite de hijo dependiente».

Si se produce tal evento, usted o sus dependientes deben ponerse en contacto inmediatamente con su empleador para determinar sus derechos.

Si la ocurrencia del evento requiere la terminación de la cobertura y si existe el derecho a continuar con la cobertura grupal, la elección de hacerlo debe realizarse dentro de un período de tiempo prescrito. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar sus propias tarifas de prima. Cualquier cobertura continuada será idéntica a la de los miembros del grupo que se encuentren en una situación similar, incluidos los cambios (consulte su Programa de cobertura dental). Por lo tanto, los cambios en las tarifas de prima o en las prestaciones del grupo modificarán las tarifas de prima o las prestaciones de cualquier cobertura continuada.

La cobertura continuada finaliza automáticamente tras un período de tiempo (que nunca superará los tres años), pero se rescindirá antes si se dan determinadas circunstancias. Estas circunstancias incluyen, entre otras, el impago de la prima, el derecho a la cobertura de Medicare o la cobertura de cualquier otro seguro médico colectivo que no contenga una limitación con respecto a una condición preexistente del participante (incluso si dicha cobertura es menos valiosa que su plan de salud actual). Su empleador le proporcionará información más detallada si lo solicita.

Información relativa a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA)

DISPOSICIONES GENERALES

Si el Plan forma parte de un «plan de prestaciones sociales para empleados» y un «plan de bienestar», tal y como se definen estos términos en la ERISA:

1. El empleador le proporcionará descripciones resumidas del plan, informes anuales e informes anuales resumidos a usted y a otros participantes del plan, así como al gobierno, según lo exige la ley ERISA y sus reglamentos.
2. BCBSTX proporcionará al empleador este folleto de beneficios como descripción de los beneficios disponibles en virtud de este plan.
3. Las reclamaciones de beneficios deben presentarse por escrito y de manera oportuna, de conformidad con las disposiciones de este Plan. Los procedimientos para presentar y revisar reclamaciones se encuentran en la sección **PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES** de este Folleto de beneficios.
4. BCBSTX no es el «administrador del plan» de ERISA para las prestaciones o actividades relacionadas con el plan.
5. Este Folleto de beneficios es un Certificado de cobertura y no una descripción resumida del plan.
6. El Empleador ha otorgado a BCBSTX la autoridad para interpretar las disposiciones del Plan y tomar decisiones sobre la elegibilidad y los beneficios.

ENMIENDA

1001 E Lookout Dr Richardson, TX, 75082-4144

ANEXO DEL PLAN DENTAL PARA GRUPOS GRANDES NO SUJETOS A LA ACA PARA RESIDENTES DEL ESTADO DE NUEVO MÉXICO

Si usted es residente del estado de Nuevo México, por la presente se emite esta Adenda y se adjunta a su Folleto de beneficios del plan dental para grupos grandes no ACA. Los cambios en los beneficios indicados en esta Adenda se aplican a la cobertura proporcionada en virtud de su Folleto de beneficios del plan dental para grupos grandes no ACA. «Folleto de beneficios» significa «Folleto de beneficios», «Certificado», «Guía para miembros» u otro documento de prueba de cobertura emitido a su nombre en virtud de la póliza o el contrato dental para grupos.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA MODIFICACIÓN: Esta modificación entrará en vigor el 1 de enero de 2022 o en la fecha de renovación de su plan dental colectivo, lo que sea posterior.

CAMBIOS EN SU PLAN DENTAL COLECTIVO: Por la presente se realizan los siguientes cambios en el folleto de prestaciones de su plan dental colectivo.

1. SECCIÓN DE INTRODUCCIÓN:

La sección de introducción del folleto de beneficios se modifica para incluir el siguiente texto:

«Solo para residentes de Nuevo México, este plan es ofrecido por el titular de la póliza colectiva o el titular del contrato colectivo como uno de los beneficios de su empleo o afiliación, según corresponda. Las prestaciones proporcionadas tienen por objeto ayudarle con muchos de sus gastos de atención dental para servicios y suministros dentales necesarios. La cobertura de este plan se proporciona independientemente de su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o religión. A lo largo de su folleto de prestaciones hay disposiciones que afectan a su cobertura de atención dental. Es importante que lea atentamente su folleto de prestaciones para conocer las prestaciones y los requisitos de este plan».

2. «Otros recursos que pueden ayudarle»: Se añade el siguiente texto:

Solo para residentes de Nuevo México:

Otros recursos que pueden ayudarle: Si tiene preguntas sobre sus derechos o necesita ayuda, o si desea presentar una queja, también puede ponerse en contacto con la Oficina de Asistencia al Consumidor de la Superintendencia de Seguros de Nuevo México. Envíe su solicitud a:

Oficina del Superintendente de Seguros
Oficina de Asistencia al Consumidor
P.O. Box 1689
Santa Fe, NM 87504-1689
Teléfono: 1-855-4ASK-OSI (1-855-427-5674)

3. PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES: Por la presente se añade el siguiente texto a la sección «Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones» o a la disposición sobre el «Procedimiento de apelación de reclamaciones» que figura en el folleto de prestaciones:

«Solo para residentes de Nuevo México: otros recursos que pueden ayudarle: si tiene preguntas sobre sus derechos o necesita ayuda, o si desea presentar una queja, también puede ponerse en contacto con la Oficina de Asistencia al Consumidor de la Superintendencia de Seguros de Nuevo México».

4. SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS: La sección de servicios dentales cubiertos se modifica para añadir el siguiente texto:

«Solo para residentes de Nuevo México, los siguientes servicios dentales cubiertos se incluyen en la sección de servicios dentales cubiertos de su folleto de beneficios:

- a. **RADIOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS (rayos X):** Radiografías de aleta de mordida: las prestaciones se limitan a cuatro imágenes horizontales u ocho imágenes radiográficas verticales una vez por año natural, a menos que se considere médicamente necesario aumentar la frecuencia.
- b. **SERVICIOS PREVENTIVOS VARIOS:** Selladores: los beneficios para los selladores se limitan a uno por molar permanente (primero y segundo) cada cinco años, según sea médicamente necesario. La cobertura puede excluirse cuando se haya completado una restauración oclusal en el diente.
- c. **SERVICIOS DE RESTAURACIÓN BÁSICOS:** Se proporcionarán los siguientes servicios de restauración básicos:
 - Restauraciones con amalgama: las prestaciones cubrirán los empastes necesarios para las caries.
 - Restauraciones con composite a base de resina: las prestaciones se limitan a un servicio de restauración por diente cada 12 meses.
- d. **SERVICIOS PREVENTIVOS:** Se prestarán los siguientes servicios preventivos de la siguiente manera:
 - Los servicios preventivos se realizan para prevenir enfermedades dentales. Los gastos dentales elegibles incluyen:
 - Profilaxis: limpieza y pulido profesional de los dientes. Los beneficios se limitan a dos limpiezas por año calendario o año del plan.
 - Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave. Los beneficios se limitan a uno por año calendario o año del plan. Si se utiliza este beneficio, solo se permite una profilaxis en combinación en un año calendario o año del plan.
 - Aplicación tópica de flúor: los beneficios de la aplicación tópica de flúor están disponibles para los participantes menores de 16 años o mayores si es médicamente necesario y se limitan a dos aplicaciones por año calendario o año del plan.

La combinación de profilaxis y tratamientos de mantenimiento periodontal se limita a una combinación de dos por año calendario o año del plan.

- e. **Servicios de ATM/CMJ:** Este plan cubre los tratamientos estándar de diagnóstico, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos de los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) y la articulación craneomandibular (CMJ). Los aparatos y tratamientos de ortodoncia relacionados, las coronas, los puentes y las dentaduras postizas solo están cubiertos si el trastorno es consecuencia de un traumatismo.

5. **DEFINICIONES:** Se añade el siguiente texto a la sección Definiciones: **«Solo para residentes de Nuevo México,** se añade la siguiente definición a la sección Definiciones: **El servicio dental incluye** un servicio profesional prestado por una persona debidamente autorizada por las leyes del estado de Nuevo Mexico para ejercer la odontología o la terapia dental, o por higienistas dentales o higienistas dentales certificados en la practica colaborativa, así como cualquier servicio que constituya el ejercicio de la odontología según la legislación de Nuevo México».

6. **FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA:** Se añade el siguiente texto a la sección Finalización de la cobertura:

«Solo para los residentes de Nuevo México, Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX) le notificará la discontinuación de la póliza colectiva o el contrato colectivo en un plazo de diez días hábiles a partir de la notificación al titular de la póliza colectiva o al titular del contrato colectivo, de la forma en que BCBSTX suele proporcionar dicha notificación».

Nota: Los cambios en las leyes o reglamentos estatales o federales, o en sus interpretaciones, pueden modificar los términos y condiciones de la cobertura.

Salvo lo modificado por esta Adenda, todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del Folleto de Beneficios al que se emite y adjunta esta Adenda permanecerán en plena vigencia y efecto.

Blue Cross and Blue Shield of Texas

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Springfield', enclosed within a thin black rectangular border.

James G. Springfield
Presidente, Blue Cross Blue Shield of Texas

AVISOS



Health care coverage is important for everyone.

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984. We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance.

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age, sexual orientation, health status or disability. If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Phone: 855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

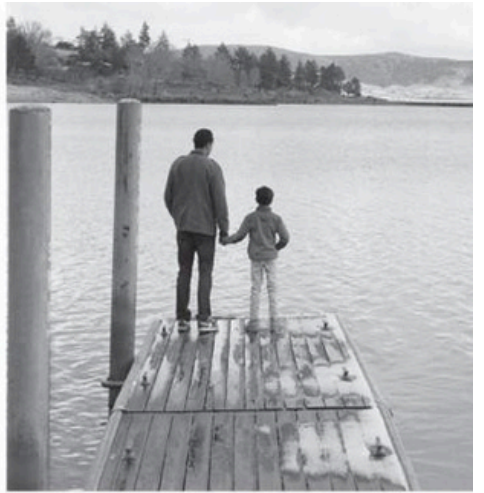
You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Phone: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
Complaint Forms: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	لنلقى المساعدة اللغوية أو التواصل مجاناً، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કૉલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinits'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jì' hodíilni.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.



bcbstx.com