

Child Health Plan Plus (CHP+) Dental Program

offered by Delta Dental of Colorado

Evidence of Coverage (EOC) Group 9676 and 9677

About this Booklet

This booklet details services covered by Child Health Plan Plus (CHP+) Dental Program offered by Delta Dental of Colorado (Delta Dental). If you have questions, please call Delta Dental's Customer Relations Department at **303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free)**.

If you are deaf or hearing impaired, please call Colorado Relay at 1-800-659-3656.

About This Evidence of Coverage (EOC)

This EOC outlines your child's dental benefits coverage. Please read it carefully. If you need more information, please call our Customer Relations Department at 303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free), Monday through Friday, 8 a.m. to 6:00 p.m.

A Spanish translation of this EOC begins on page 7.

La traducción de éste librito empieza en la pagina 7.

If any dispute arises in respect of any difference between the English version and the Spanish version of this booklet, the English version will prevail.

Cualquier desacuerdo entre la traducción del librito de beneficios de CHP+, estará resuelto por la edición del idioma Inglés que tiene precedencia.

Effective September 1, 2010

Table of Contents

1. Your Child's Dental Plan Benefits
Benefit Summary
2. How to use the CHP+ Dental Program
Pre-treatment Estimate
3. Calendar Year Maximum Benefit, Deductible and Benefit Period
Calendar Year Maximum Benefit
Deductible
Benefit Period
4. Coinsurance and Procedure Code List
What is Your Coinsurance?
Diagnostic and Preventive Procedures
Diagnostic and Preventive Limitations
Basic Restorative Procedures
Basic Restorative Limitations
5. Exclusions
6. Dental Emergency Care
7. Out-of-Pocket Limit
8. How to Appeal a Denied Claim
Internal Appeal
Appeal to request an Independent External Review
9. Identification Card
10. If You Receive a Bill
When Would You Have to Pay for Your Child's Care?
11. Your Rights and Responsibilities
12. Complaints
What to do if You Have a Complaint
What is a Complaint?
13. Important Phone Numbers

If you have any questions about your child's benefits or dental services, please call Customer Relations at 303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free), Monday-Friday, 8 a.m. to 6:00 p.m.

1. Your Child's Dental Plan Benefits

Benefit Summary

Delta Dental of Colorado offers your child benefits for the state's Child Health Plan Plus (CHP+) Dental Program. Below is a summary of the benefits your child can receive (subject to specific procedures and limitations).

- f Diagnostic Services (annual exam and x-rays)
- f Preventive Services (annual cleaning, fluoride and sealants)
- f Basic Restorative Services (fillings and stainless steel crowns)
- f Oral Surgery Services (extractions)
- f Endodontic Services (root canal)

2. How to use the CHP+ Dental Program

Benefits for the CHP+ Dental Program are available **only** when services are provided by a dentist listed in the Delta Dental Participating Dentist directory. This is the directory that you were given when you enrolled your child. The participating status of a dentist can change at any time. **Prior to receiving services, always verify that the dentist continues to participate with Delta Dental of Colorado.** Dentists who have agreed to participate with Delta Dental will collect only those Coinsurance payments listed (see the Coinsurance and Procedure Code List that appears below). You will not be charged more than this Coinsurance unless the procedure performed on your child is not listed on the Coinsurance and Procedure Code List. You will be responsible for paying the dentist their full fee for that procedure.

Important Notice: If your child is treated by a dentist who is not listed in the directory that Delta Dental provided for CHP+ Dental Program members, NO benefits will be paid by Delta Dental and you will be responsible for the entire fee charged by the dentist.

Dentists who participate with Delta Dental of Colorado will file your child's claim form. You should complete the top section of the claim form and sign the form for your child. This will authorize release of your child's information to Delta Dental. Once the claim is processed an Explanation of Benefits (EOB) is sent to you. The EOB indicates how much the dentist was paid and the amount that was deducted from your child's Calendar Year Maximum Benefit.

Delta Dental will not be obligated to pay claims submitted more than 12 months after the date the service was provided.

Pre-treatment Estimate

If your child needs extensive dental services that may exceed your child's Calendar Year Maximum of \$600, ask your dentist to submit a treatment plan to Delta Dental for review

before any work is actually done. Pre-treatment estimates of benefits allow both you and your dentist to know exactly what is covered under the CHP+ Dental Program and what Delta Dental will pay. There is no additional charge for having a pre-treatment estimate done.

3. Calendar Year Maximum Benefit, Deductible and Benefit Period

Calendar Year Maximum Benefit

Your child may receive up to \$600.00 of covered dental benefits in each calendar year (benefit period) for the covered services listed in the Procedure Code List.

Deductible

You are not responsible to pay a deductible under this program.

Benefit Period

Your child's enrollment year is often called the "benefit period." The "benefit period" is the period of time between the start date of your child's coverage and the expiration date. In some cases your child may receive less than 12 months coverage.

4. Coinsurance and Procedure Code List

What is your Coinsurance?

Your Coinsurance is a small fee you pay for your child's dental services. Some dental services or benefits do not require a Coinsurance. If your child has a Coinsurance, the amount appears below in the Coinsurance and Procedure Code List.

The specific dental services that are covered benefits of the CHP+ Dental Program appear in the following Coinsurance and Procedure Code List. The Coinsurance listed, is the amount that you are responsible for paying to the dentist for your child's treatment. If the procedure performed on your child requires a Coinsurance, that Coinsurance is the *maximum amount that you are responsible to pay, unless your child reaches the \$600.00 Calendar Year Maximum Benefit (*see exception regarding white plastic fillings on back teeth).

Some dental services are not covered benefits of the CHP+ Dental Program. You are responsible to pay the dentist his/her full fee for any treatment that your child's dentist performs if the treatment or procedure is not on the list that follows. For more about CHP+ Dental Program exclusions, please refer to the "Limitations" and "Exclusions" section of this *Evidence of Coverage* booklet or call Customer Relations at 303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free).

Diagnostic and Preventive Procedures

Code	Procedure	YOUR Coinsurance
D0120	Periodic oral evaluation	No Cost
D0140	Limited oral evaluation-problem focused	No Cost
D0145	Oral evaluation for a patient under 3 years of age and counseling with primary caregiver	No Cost
D0150	Comprehensive oral evaluation	No Cost
D0160	Detailed and extensive oral evaluation-problem focused	No Cost
Any combination of the above procedures are limited to two (2) procedures per 12 months		
D0210	Full mouth x-rays complete series* (1/ 60 months) *includes bitewings	No Cost
D0220	Intraoral periapical x-ray 1st film	No Cost
D0230	Intraoral periapical x-ray each additional film	No Cost
D0270	Bitewing x-ray – Single film	No Cost
D0272	Bitewings – Two films	No Cost
D0273	Bitewings – Three films	No Cost
D0274	Bitewings – Four films	No Cost
D0277	Vertical bitewings – 7 to 8 films	No Cost
D0330	Panoramic film (1/ 5 years)	No Cost
D1110	Adult prophylaxis (age 14 and above)	No Cost
D1120	Child prophylaxis (through age 13)	No Cost
D1203	Topical fluoride treatment	No Cost
D1204	Topical fluoride treatment	No Cost
D1206	Fluoride varnish treatment	No Cost
D1351	Sealants	No Cost
D1510	Space maintainer - fixed unilateral	No Cost
D1515	Space maintainer - fixed bilateral	No Cost
D1520	Space maintainer - removable unilateral	No Cost
D1525	Space maintainer - removable bilateral	No Cost
D1550	Recementation of space maintainer	No Cost
D9110	Palliative treatment (for pain relief)	No Cost

Diagnostic and Preventive Limitations

1. Prophylaxis (cleaning) is a benefit only ONCE in a 12 month period.
2. Oral evaluations (exams) are a benefit twice in a 12 month period.
3. Topical fluoride application is a benefit twice in a 12 month period.
4. Bitewing x-rays are a benefit only ONCE in a 12 month period and are not a benefit in addition to a complete mouth series. Complete mouth x-rays are a benefit only once in sixty (60) months.
5. Space maintainer is a benefit only for premature loss of deciduous (baby) posterior (back) teeth.
6. Sealant Benefits include the application of sealants only to permanent molar teeth with the occlusal surfaces intact, no caries (decay), and/or with no restorations.
7. Separate benefit shall not be made for any preparation or conditioning of the tooth or any other procedure associated with sealant application.
8. Sealant Benefits do not include any repair or replacement of a sealant on any tooth within thirty-six (36) months of its application. Such repair or replacement done by the same dentist is considered included in the fee for the initial placement of the sealant.

Basic Restorative Procedures

Amalgam (metal) Restorations

Code	Procedure	YOUR Coinsurance
D2140	Amalgam-1 surface primary or permanent	\$10.00
D2150	Amalgam-2 surface primary or permanent	\$10.00
D2160	Amalgam-3 surface primary or permanent	\$10.00
D2161	Amalgam-4 or more surfaces primary or permanent	\$10.00

Resin (white plastic) Restorations – Anterior (front) Teeth ONLY

Code	Procedure	YOUR Coinsurance
D2330	Resin-1 surface anterior	\$10.00
D2331	Resin-2 surfaces anterior	\$10.00
D2332	Resin-3 surfaces anterior	\$10.00
D2335	Resin-4 or more surfaces (anterior) or involving incisal angle	\$10.00

If you have any questions about your child's benefits or dental services, please call Customer Relations at 303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free), Monday-Friday, 8 a.m. to 6:00 p.m.

Resin (white plastic) Restorations – Posterior (back) Teeth

Code	Procedure	YOUR Coinsurance
D2391	Resin based composite-1 surface permanent posterior	(*see below)
D2392	Resin based composite-2 surface permanent posterior	(*see below)
D2393	Resin based composite-3 surface permanent posterior	(*see below)
D2394	Resin based composite-4 or more surfaces permanent posterior	(*see below)

*The procedures listed above for Resin (white plastic) Restorations on back teeth are **NOT** a benefit. However, Delta Dental will allow an alternative benefit up to the dentist's allowable fee for an Amalgam (metal) restoration. You are responsible to pay any cost difference between the dentist's Amalgam (metal) filling fee and Resin (white) filling fee in addition to your required Coinsurance for an Amalgam procedure.

Other Restorative Services

Code	Procedure	YOUR Coinsurance
D2920	Recement crown	\$10.00
D2930	Prefabricated stainless steel crown (primary tooth)	\$10.00
D2931	Prefabricated stainless steel crown (permanent tooth)	\$10.00
D2932	Prefabricated resin crown (anterior tooth only)	\$10.00
D2933	Prefabricated stainless steel crown with resin window (anterior tooth only)	\$10.00
D2940	Sedative filling	\$10.00
D2951	Pin retention - per tooth - in addition to restoration	\$10.00

Oral Surgery (extractions include local anesthesia and routine post-operative care)

Prophylactic removal of third molars is not a covered benefit.

Code	Procedure	YOUR Coinsurance
D7111	Coronal remnants-deciduous tooth	\$10.00
D7140	Extraction erupted tooth or exposed root (elevation and/or forceps removal)	\$10.00
D7210	Surgical removal of erupted tooth requiring elevation of mucoperiosteal flap and removal of bone and/or section of tooth	\$10.00
D7220	Removal of impacted tooth-soft tissue	\$10.00
D7230	Removal of impacted tooth-partially bony	\$10.00
D7240	Removal of impacted tooth-completely bony	\$10.00
D7241	Removal of impacted tooth-completely bony, with unusual surgical complications	\$10.00

Endodontics

Code	Procedure	YOUR Coinsurance
D3220	Therapeutic pulpotomy (primary tooth) excluding final restoration	\$10.00
D3310	Root canal therapy-anterior (excluding final restoration)	\$10.00
D3320	Root canal therapy-bicuspid (excluding final restoration)	\$10.00
D3330	Root canal therapy-molar (excluding final restoration)	\$10.00

Root canal therapy is a benefit for permanent teeth only.

Basic Restorative Limitations

1. Benefits for the same covered Amalgam (metal) or Resin (white plastic) Restoration shall not be provided more than once in any 24 month period.
2. Resin or plastic restorations on posterior (back) teeth are not a benefit, unless prior to placement, you are informed and agree to pay the cost difference between the Amalgam (metal) filling fee and Resin (white plastic) filling fee.
3. Pulpotomy/pulpectomy is a benefit only for primary (baby) teeth.
4. If more than one restoration is used to restore a tooth, benefit allowance will be paid for the most inclusive service.
5. Prefabricated crowns per tooth are a benefit only once in 24 months.
6. **Have your dentist complete a pre-treatment estimate form for a third molar extraction to determine if it will be covered.** Prophylactic removal of third molars is not a covered benefit. Removal because of malocclusion or orthodontic reasons is not covered. The removal of third molars for active caries that renders the tooth unrestorable and/or involves the pulp may be covered with prior approval. Third molar removal may be covered with prior written approval for active periodontal infections that cannot be treated in another manner. Third molars fully impacted in bone are not covered for removal. Partial bony impactions and soft tissue impactions may be covered with prior approval if the tooth and/or supporting structures are involved with active disease such as an acute periodontal infection. Second opinions may be required as part of the approval process prior to treatment. If emergency removal of a third molar is needed, radiographs and/or documentation of the pathological condition causing the emergent situation may be required prior to payment.

5. Exclusions

The following charges are not covered under any portion of the CHP+ Dental Program:

1. Procedures (or services) not listed in the Coinsurance and Procedure Code List are not a benefit. If your child's dentist performs a procedure that is not listed, you will be responsible for the full billed charges.
2. Services for injuries or conditions which are compensable under Worker's Compensation or employer's liability laws, or services which are provided to the eligible member by any federal or state government agency or are provided without cost to the eligible member by any municipality, county or other political sub-division, or any services for which the eligible member would have no obligation to pay in absence of this coverage, except as such exclusion may be prohibited by law.
3. Any covered service started during any period when your child was not eligible for such service under the CHP+ Dental Program.
4. Services for treatment of congenital (present at birth) or developmental (following birth) malformations, except intraoral dental services for treatment of a condition which is related to or developed as a result of cleft lip and/or cleft palate, unless otherwise included as a covered procedure of the CHP+ Dental Program.
5. Services for cosmetic reasons.
6. Services for restoring tooth structure lost from wear or for any services related to protecting, altering, correcting, stabilizing, rebuilding or maintaining teeth due to improper alignment, occlusion or contour or for splinting or stabilization of teeth.
7. Pre-medication, analgesia, hypnosis or any other patient management services.
8. Experimental procedures, or any procedures other than those covered services for which the prognosis is good. Any procedures done in anticipation of future need (except covered preventive services).
9. Hospital costs and any additional fees charged by the dentist or hospital for hospital services, visits, or charges for use of any facility.
10. General anesthesia, intravenous sedation or analgesia.
11. Prescription drugs.
12. Orthodontic services.
13. Services for the treatment of any disturbances of the temporomandibular joint (jaw joint), facial pain, or any related conditions.
14. Services not performed in accordance with the laws of the state of Colorado, services performed by any person other than a person authorized by license to perform such services, or services performed to treat any condition other than an oral or dental disease, malformation, abnormality or condition.
15. Oral hygiene instructions or dietary instructions.
16. Completion of forms, providing diagnostic information or records, or duplication of x-rays or other records.
17. Services for which payment is prohibited by any law of the jurisdiction in which the eligible person resides at the time the expenses are incurred.
18. Services for which charges would not have been made if this coverage had not existed, except for services as provided under Medicaid.

If you have any questions about your child's benefits or dental services, please call Customer Relations at 303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free), Monday-Friday, 8 a.m. to 6:00 p.m.

6. Dental Emergency Care

Dental Emergency Care means dental services which are required for alleviation of severe pain or for immediate diagnosis and treatment of unforeseen conditions which, if not immediately diagnosed and treated, would lead to serious impairment of your child's dental health.

In the event that your child has a Dental Emergency while s/he is out of the state of Colorado, this program will pay dental expenses incurred up to a maximum of Fifty Dollars (\$50.00) based on appeal of the claim. Delta Dental will pay dental expenses incurred for each eligible member up to a maximum of Fifty Dollars (\$50.00) per calendar year. For a Dental Emergency within the state, you should call a dentist who is listed in the participating dentist directory that Delta Dental provided to you at the time of enrollment.

7. Out-of-Pocket Limit

The CHP+ program does not allow a family to spend more than five percent (5%) of the family's adjusted gross income per year for the sum of the family's annual enrollment fees and Coinsurance payments combined. You are responsible for keeping track of all the money you spend for your child's covered dental services delivered through Delta Dental. Your "out of pocket limit" is five percent (5%) of your family's adjusted gross income.

You must save Coinsurance receipts for all covered medical care, covered dental care and covered prescription medications. If you reach the maximum allowable Coinsurance and notify the CHP+ program, you will be provided with a sticker to be attached to your Delta Dental Identification Card. This sticker will notify any dentist to waive the Coinsurance for you for the remainder of the benefit period. Delta Dental will pay the required Coinsurance for you if you have reached the maximum allowable Coinsurance amount, have notified CHP+ program, and have a special sticker attached to your Delta Dental Identification Card.

If you reach your "out-of-pocket limit" for money you have spent on covered healthcare for all your children, please send a letter notifying the central Child Health Plan Plus administration of your need for reimbursement and stickers for your children's cards. You will need to send copies of your receipts for your "out-of-pocket" expenditures with your letter. Do not send this notification to Delta Dental, it should be sent to:

CHP+ Out of Pocket Limit
P.O. Box 929
Denver, CO 80201-0929

1-800-359-1991

8. How to Appeal a Denied Claim

You have the right to appeal any adverse determination made on a claim, whether in whole or in part. An appeal request may be submitted in writing within 180 days of the date of the original Explanation of Benefits to:

Delta Dental of Colorado
Appeals Analyst
PO BOX 172528
Denver, CO 80217-2528

A Covered Person may submit additional documentation in support of the appeal. A second-level or external appeal, in certain cases, may be available on qualified claims.

You, your child's dentist, or someone you want to represent you can call Customer Relations at 303-741-9305, 1-800-610-0201 (toll free) or write to Delta Dental at the address listed above, to request an appeal. Please tell us in writing if you will have someone else to represent you, and include the person's name, address, and phone number. If you would like any of your child's dental records, you or a legal guardian must give written permission to your child's dentist.

Your CHP+ Dental Program coverage will not change if you file an appeal. Delta Dental cannot take away your CHP+ Dental Program benefits because you file an appeal.

9. Identification Card

Your child's Identification Card has very important information about your child's dental care coverage. The card lets the dentist know if you have a Coinsurance and where to send the claims for payment. To help make this possible, you must:

- f Carry this card with you at all times
- f Show this card every time your child sees the dentist

You will receive your child's Identification Card soon after your enrollment with Delta Dental. If you do not receive your child's Identification Card or the information on the card is not correct, please call our Customer Relations Department at 303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free).

10. If You Receive a Bill

You may be billed if your child received a service that is not listed in the Coinsurance and Procedure Code List as a covered benefit of the CHP+ Dental Program.

Sometimes your child's dentist may not realize that your child is a member of CHP+ Dental Program. To avoid receiving a bill, you must show your child's CHP+ Dental Program Identification Card every time your child receives dental services.

If You Get a Bill, There are Several Important Steps You Should Take:

- f Check the date of service on the bill.
- f If your child received services while enrolled in the CHP+ Dental Program, call the dentist's billing office and tell them the bills should be sent to Delta Dental of Colorado. Our address for dental claims is:
Delta Dental of Colorado
P.O. 173803
Denver, CO 80217-3803

If your child was not a member of the state's CHP+ Dental Program when services were received, or you agreed to treatment that is not listed as a covered service, you may be responsible for the bill.

It is very important to call the dentist's billing office at the number on the bill as soon as you get it. In most cases, they may not realize that your child had insurance and they will be glad to hear from you and make sure they are billing correctly. If you continue to receive dental bills and you are unable to get help from the dentist's billing office, call our Customer Relations Department at 303-741-9305 or 1-800-610-0201 (toll free).

When Would You Have to Pay for Your Child's Care?

There are some times when you might have to pay for your child's dental care. You may have to pay if:

- f Your child is treated by a dentist who is not listed in the Delta Dental Participating Dentist directory.
- f If you agreed to a treatment procedure that is not listed as a covered service in the Coinsurance and Procedure Code List.

11. Your Rights and Responsibilities

You and your child have rights that are very important. As a parent, you also have a role to play in helping us make sure these rights are honored and respected.

Member Rights

As a member of the CHP+ Dental Program, you are entitled to the following rights:

- f The right to be treated with respect and with the recognition of personal dignity and the need for privacy.
- f The right to participate with dentists in decision making regarding your child's dental care.
- f The right to candid discussion of appropriate or necessary dental treatment options for your child's condition, regardless of cost or benefit coverage.
- f The right to refuse recommended dental treatment or procedures.
- f The right to confidentiality of information concerning your child's dental health and treatment.
- f The right to voice complaints or appeals about the CHP+ Dental Program or the care provided.

- f The right to offer suggestions for changes in the CHP+ Dental Program's quality improvement policies and procedures.
- f The right to information about the CHP+ Dental Program, its services, the dentists providing care, and the rights and responsibilities of members.
- f The right to fair and equal treatment without regard to race, color, national origin, age, gender, creed, religion, sexual orientation or disability.

Member Responsibilities

As a member of the CHP+ Dental Program, you have the following responsibilities:

- f The responsibility to follow instructions and guidelines given by those providing dental services.
- f The responsibility to provide complete health status information needed by your child's dentist in order to care for your child.
- f The responsibility to keep appointments for care and to give required notice when canceling.
- f The responsibility to pay the applicable Coinsurance at the time services are rendered.
- f The responsibility to read and understand all materials concerning your child's dental coverage and to share this information with your child's dentist.
- f The responsibility to treat your child's dentist and staff with respect and recognition of personal dignity.

12. Complaints

What to do if You Have a Complaint

Our Customer Relations Department is able to answer or help you with most of your questions and problems while you are on the telephone. If your question or problem is not answered to your satisfaction, you can write a detailed letter explaining the situation to Delta Dental. Prompt action can be expected if all the information is submitted in writing. Mail the letter to the following address:

Dental Director
Delta Dental of Colorado
P.O. Box 5468
Denver, Colorado 80217-5468.

What is a Complaint?

A complaint means you have a problem. Examples of these include:

- f The dental office asks you to pay a Coinsurance amount that is not listed on the Coinsurance and Procedure Code List.
- f A dentist that Delta Dental listed in the Delta Dental Participating Dentist directory refuses to cooperate with the CHP+ Dental program.

13. Important Phone Numbers

Delta Dental of Colorado
(303) 741-9305
1-800-610-0201

Colorado Relay 1-800-659-3653 (Deaf or Hearing Impaired)

State's CHP+ Dental Program
toll-free at 1-800-359-1991

Ombudsman
303-744-7667 or toll-free at 1-877-435-7123

Sobre este Folleto

Este folleto detalla los servicios cubiertos por el Programa Odontológico Child Health Plan Plus (CHP+) ofrecido por Delta Dental de Colorado (Delta Dental). Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Relaciones con el Cliente de Delta Dental al 303-741-9305 ó 1-800-610-0201 (llamada gratuita).

Si usted sufre de sordera o de problemas auditivos, por favor llame a Colorado Relay al 1-800-659-3656.

Sobre esta Evidencia de Cobertura (EOC, por su sigla en inglés)

Este EOC detalla la cobertura de beneficios odontológicos de su hijo. Por favor, léala atentamente. Si necesita más información, por favor llame a nuestro Departamento de Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 ó 1-800-610-0201 (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6:00 p.m.

Cualquier desacuerdo entre la traducción del folleto de beneficios de CHP+, estará resuelto por la edición del idioma Inglés que tiene precedencia.

Vigente desde el 1 de setiembre de 2010

Índice de contenidos

1. Los beneficios del Plan odontológico de su hijo
Resumen de beneficios
2. Cómo utilizar el Programa odontológico de CHP+
Estimación previa al tratamiento
3. Beneficio máximo del año calendario, deducibles y período de beneficios
Beneficio máximo del año calendario
Deducible
Período de beneficios
4. Coseguro y lista del código de procedimiento
¿Qué es su coseguro?
Diagnóstico y procedimientos preventivos
Diagnóstico y limitaciones preventivas
Procedimientos básicos de la reconstrucción
Limitaciones básicas de la reconstrucción
5. Exclusiones
6. Atención odontológica de emergencia
7. Limite del gasto máximo de su propio bolsillo
8. Cómo apelar una demanda rechazada
Demanda interna
Demanda al pedido de una revisión externa independiente
9. Tarjeta de identificación
10. Si recibe una factura
¿Cuándo debe pagar por la atención de su hijo?
11. Sus derechos y responsabilidades
12. Demandas
¿Qué debe hacer si tiene una demanda?
¿Qué es una Demanda?
13. Números de teléfono importantes

1. Los beneficios del Plan Odontológico de su hijo

Resumen de beneficios

Delta Dental de Colorado le ofrece a su hijo los beneficios por el Programa Odontológico de Child Health Plan Plus (CHP+) del estado. A continuación se detalla un resumen de los beneficios que su hijo puede recibir (sujeto a los procedimientos específicos y a las limitaciones).

- f Servicios diagnósticos (examen anual y radiografías)
- f Servicios preventivos (limpieza anual, flúor y selladores)
- f Servicios básicos de restauración (amalgamas y coronas de acero inoxidable)
- f Servicios de cirugía bucal (extracciones)
- f Servicios de endodoncia (tratamiento de conducto)

2. Cómo utilizar el Programa Odontológico de CHP+

Los beneficios para el Programa odontológico CHP+ están disponibles sólo cuando un dentista de la lista en el directorio del Dentista participante de Delta Dental suministra los servicios. Este es el directorio que usted recibió cuando inscribió a su hijo. La condición participante de un dentista puede cambiar en cualquier momento. **Antes de recibir los servicios, verifique siempre que el dentista siga participando con Delta Dental de Colorado.** Los dentistas que acordaron participar con Delta Dental recolectarán sólo los pagos del coseguro de la lista de pagos (vea la Lista del Código de Procedimientos y del Coseguro que aparece a continuación). Usted no deberá pagar más que este coseguro a menos que el procedimiento practicado en su hijo no aparezca en la lista del Código de Procedimiento y del coseguro. Usted será responsable de pagarle al dentista sus honorarios completos por ese procedimiento.

Aviso Importante: Si su hijo es tratado por un dentista que no está en la lista del directorio que Delta Dental le suministra a los miembros del Programa Odontológico CHP+, NO se pagarán beneficios por medio de Delta Dental y usted será responsable de todos los honorarios cobrados por el dentista.

Los dentistas que participan con Delta Dental de Colorado archivarán el formulario de demanda de su hijo. Usted debe completar la sección superior del formulario de demanda y firmarlo por su hijo. Esto autorizará la divulgación de la información de su hijo a Delta Dental. Una vez que se procese la demanda, se le enviará a usted una Explicación de los Beneficios (EOB, por su sigla en inglés). La EOB indica cuánto se le pagó al dentista y el monto que se dedujo del Beneficio Máximo del Año Calendario de su hijo.

Delta Dental no estará obligado a pagar las demandas presentadas más de 12 meses después de la fecha en que se suministró el servicio.

Estimación previa al tratamiento

Si su hijo necesita de un servicio odontológico más extensivo que pueda exceder al Máximo del Año Calendario de su hijo de \$600, pídale a su dentista que presente un plan de tratamiento a Delta Dental para su revisión antes de realizar

ningún trabajo. Las estimaciones previas al tratamiento de los beneficios le permiten tanto a usted como a su dentista saber exactamente qué es lo que tiene cobertura bajo el Programa Dental CHP+ y qué es lo que pagará Delta Dental. No hay cargos adicionales por la realización de la estimación previa al tratamiento.

3. Beneficio máximo del año calendario, deducibles y período de beneficios

Beneficio máximo del año calendario

Su hijo puede recibir hasta \$600,00 de los beneficios odontológicos cubiertos en cada año calendario (período de beneficios) para los servicios con cobertura de la Lista del Código de Procedimiento.

Deducible

Usted no es responsable de pagar un deducible de acuerdo con este programa.

Período de beneficios

El año de inscripción de su hijo a menudo se conoce como “período de beneficios”. El “período de beneficios” es el periodo de tiempo entre la fecha de inicio de cobertura de su hijo y la fecha de vencimiento. En algunos casos su hijo puede recibir menos de 12 meses de cobertura.

4. Coseguro y lista del código de procedimiento

¿Qué es su coseguro?

Su coseguro es un pequeño honorario que usted paga por los servicios odontológicos de su hijo. Algunos servicios o beneficios odontológicos no requieren de un coseguro. Si su hijo tiene un coseguro, el monto aparece debajo en la Lista del Código de Procedimientos y Coseguro.

Los servicios odontológicos específicos que son beneficios con cobertura del Programa Odontológico CHP+ aparecen en la siguiente Lista del Código de Procedimientos y Coseguro. El coseguro de la lista es el monto que usted tiene la responsabilidad de pagarle al dentista por el tratamiento de su hijo. Si el procedimiento que se le realiza a su hijo requiere de un coseguro, ese coseguro es el *monto máximo que usted tiene la responsabilidad de pagar a menos que su hijo llegue al beneficio máximo del año calendario de \$600.00 (*vea la excepción con respecto a las amalgamas de plástico blanco en los dientes posteriores).

Ciertos servicios odontológicos no tienen beneficios con cobertura del Programa odontológico CHP+. Usted es responsable de pagarle al dentista los honorarios completos por cualquier tratamiento que realice el dentista de su hijo si el tratamiento o el procedimiento no figura en la lista detallada a continuación. Para conocer más sobre las exclusiones del Programa Odontológico de CHP+, por favor remítase a la sección “Limitaciones” y “Exclusiones” de este folleto de Evidencia de Cobertura o llame a Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 o 1-800-610-0201 (llamada gratuita).

Diagnóstico y Procedimientos Preventivos

Código	Procedimiento	SU Coseguro
D0120	Evaluación oral periódica	Sin costo
D0140	Evaluación oral limitada: basada en un problema	Sin costo
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de 3 años de edad y asesoramiento con un asistente médico principal	Sin costo
D0150	Evaluación oral integral	Sin costo
D0160	Evaluación oral detallada e integral: basada en un problema	Sin costo
Cualquier combinación de los procedimientos anteriores se limita a dos (2) procedimientos durante 12 meses		
D0210	Serie completa de rayos X de toda la boca* (1/ 60 meses) *incluye radiografías de aleta de mordida	Sin costo
D0220	Primera película de radiografías periapicales intraoral	Sin costo
D0230	Cada película adicional de radiografías periapicales intraoral	Sin costo
D0270	Radiografías de aleta de mordida: película única	Sin costo
D0272	Radiografías de aleta de mordida: dos películas	Sin costo
D0273	Radiografías de aleta de mordida: tres películas	Sin costo
D0274	Radiografías de aleta de mordida: cuatro películas	Sin costo
D0277	Radiografías de aleta de mordida verticales: siete a ocho películas	Sin costo
D0330	Película panorámica (1/ 5 años)	Sin costo
D1110	Profilaxis (Limpieza) adulta (desde los 14 años en adelante)	Sin costo
D1120	Profilaxis (Limpieza) en los niños (hasta los 13 años de edad)	Sin costo
D1203	Tratamiento tópico con flúor	Sin costo
D1204	Tratamiento tópico con flúor	Sin costo
D1206	Tratamiento con barniz de flúor	Sin costo
D1351	Selladores	Sin costo
D1510	Retenedor de espacio: fijo, unilateral	Sin costo
D1515	Retenedor de espacio: fijo, bilateral	Sin costo
D1520	Retenedor de espacio: extraíble, unilateral	Sin costo
D1525	Retenedor de espacio: extraíble, bilateral	Sin costo
D1550	Reconstrucción del retenedor de espacio	Sin costo
D9110	Tratamiento paliativo (para el alivio del dolor)	Sin costo

Diagnóstico y limitaciones preventivas

1. La profilaxis (limpieza) es un beneficio sólo UNA VEZ en un período de 12 meses.
2. Las evaluaciones bucales (exámenes) son un beneficio dos veces en un período de 12 meses.
3. La aplicación del flúor tópico es un beneficio que se brinda dos veces en un período de 12 meses.
4. Las radiografías de aleta de mordida son un beneficio sólo UNA VEZ en un período de 12 meses y no son un beneficio además de una serie completa de la boca. Las radiografías completas de la boca son un beneficio sólo una vez en sesenta (60) meses.
5. El retenedor de espacio es un beneficio sólo por la pérdida prematura de los dientes de la primera dentición (bebé) posteriores (traseros).
6. Los beneficios del sellador incluyen la aplicación de selladores sólo en los molares permanentes con las superficies oclusales intactas, sin caries (caries dental), y/ o sin restauraciones.
7. No se realizará un beneficio por separado para cualquier preparación o acondicionamiento de un diente o de cualquier otro procedimiento asociado con la aplicación de un sellador.
8. Los beneficios del sellador no incluyen ninguna reparación ni sustitución de un sellador en cualquier diente dentro de los treinta y seis (36) meses de su aplicación. Tal reparación o sustitución realizada por el mismo dentista se considera incluido en los honorarios de la aplicación inicial del sellador.

Procedimientos Básicos de la Reconstrucción

Reconstrucción con amalgama (metal)

Código	Procedimiento	SU Coseguro
D2140	Amalgama: 1 superficie principal o permanente	\$10.00
D2150	Amalgama: 2 superficie principal o permanente	\$10.00
D2160	Amalgama: 3 superficie principal o permanente	\$10.00
D2161	Amalgama: 4 o más superficies primarias o permanentes	\$10.00

Reconstrucción con resina (plástico blanco): SÓLO los dientes anteriores (frontales)

Código	Procedimiento	SU Coseguro
D2330	Resina: 1 superficie anterior	\$10.00
D2331	Resina: 2 superficies anteriores	\$10.00
D2332	Resina: 3 superficies anteriores	\$10.00

Si tiene alguna duda sobre los beneficios o servicios odontológicos de su hijo, por favor llame a Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 ó 1-800-610-0201 (llamada gratuita), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6:00 p.m.

D2335	Resina: 4 o más superficies (anteriores) o la participación del ángulo incisal	\$10.00
-------	--	---------

Reconstrucción con resina (plástico blanco): dientes posteriores (traseros)

Código	Procedimiento	SU Coseguro
D2391	Compuesto a base de resina: -1 superficie permanente, posterior	(*vea lo que sigue)
D2392	Compuesto a base de resina: 2 superficie permanente, posterior	(*vea lo que sigue)
D2393	Compuesto a base de resina: 3 superficie permanente, posterior	(*vea lo que sigue)
D2394	Compuesto a base de resina: 4 o más superficies permanentes	(*vea lo que sigue)

posterior

*Los procedimientos que aparecen en la lista detallada a continuación para las Reconstrucciones de Resina (plástico blanco) en los dientes posteriores NO son un beneficio. Sin embargo, Delta Dental permitirá un beneficio alternativo hasta el honorario permitido del dentista para una reconstrucción de la Amalgama (metal). Usted es responsable de pagar cualquier diferencia de costo entre el honorario del relleno de la Amalgama (metal) del dentista y el honorario del relleno de Resina (blanco) además de su coseguro requerido para un procedimiento de Amalgama.

Otros Servicios de Reconstrucción

Código	Procedimiento	SU Coseguro
D2920	Recementación de corona	\$10.00
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada (diente primario)	\$10.00
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada (diente permanente)	\$10.00
D2932	Corona de resina prefabricada (sólo el diente anterior)	\$10.00
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina (sólo el diente anterior)	\$10.00
D2940	Empaste calmante	\$10.00
D2951	Retención del perno, por diente, además de la restauración	\$10.00

Cirugía de la boca (las extracciones incluyen la anestesia local y la atención de rutina posterior a la operación)

****La extracción profiláctica del tercer molar no es un beneficio con cobertura.****

Código	Procedimiento	SU Coseguro
D7111	Remanentes coronales – diente caduco	\$10.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción con elevación y/ o fórceps)	\$10.00
D7210	Remoción quirúrgica del diente erupcionado que requiere de la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción del hueso y/ o la sección del diente	\$10.00
D7220	Extracción del diente impactado: tejido blando	\$10.00
D7230	Extracción del diente impactado: parcialmente óseo	\$10.00
D7240	Extracción del diente impactado: completamente óseo	\$10.00
D7241	Extracción del diente impactado: completamente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$10.00

Endodoncia

Código	Procedimiento	SU Coseguro
D3220	Pulpotomía terapéutica (diente primario), excluyendo la reconstrucción final	\$10.00
D3310	Tratamiento de conducto: anterior (excluyendo la reconstrucción final)	\$10.00
D3320	Tratamiento de conducto: bicúspide (excluyendo la reconstrucción final)	\$10.00
D3330	Tratamiento de conducto: molar (excluyendo la reconstrucción final)	\$10.00

El tratamiento de conducto es un beneficio sólo para los dientes permanentes.

Limitaciones básicas de la reconstrucción

1. Los beneficios para la misma Reconstrucción de Resina (plástico blanco) o de Amalgama (metal) cubierta no será suministrada más de una vez en cualquier período de 24 meses.
2. Las reconstrucciones de resina o plástico en los dientes posteriores (traseros) no son un beneficio, a menos que antes de la colocación, se le informe y acuerde pagar la diferencia del costo entre el honorario por el llenado de la Amalgama (metal) y el honorario por el llenado con Resina (plástico blanco).
3. La pulpotomía/ pulpectomía es un beneficio sólo para los dientes primarios (bebé)
4. Si se utiliza más de una reconstrucción para reconstruir un diente, la asignación de beneficios será pagada por los servicios más integrales.
5. Coronas prefabricadas por diente son un beneficio sólo una vez en 24 meses.
6. **Haga que su dentista complete un formulario de estimación previa al tratamiento para una tercera extracción molar a fin de determinar si tendrá cobertura.** La extracción profiláctica del tercer molar no es un beneficio con cobertura. No tiene cobertura la remoción debido a la mala oclusión o por motivos de ortodoncia. Puede tener cobertura con aprobación previa la remoción del tercer molar para las caries activas que produce el diente que no puede reconstruirse y/o comprende la pulpa. La remoción del tercer molar puede tener la cobertura con la aprobación previa y escrita para las infecciones periodontales activas que no pueden ser tratadas de otra forma. Los terceros molares impactados completamente en el hueso no tienen la cobertura para la

Si tiene alguna duda sobre los beneficios o servicios odontológicos de su hijo, por favor llame a Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 ó 1-800-610-0201 (llamada gratuita), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6:00 p.m.

remoción. Los impactos parciales del hueso y los impactos del tejido blando pueden tener la cobertura con la aprobación previa si el diente y/ o las estructuras de apoyo se involucran en la enfermedad activa como en el caso de la infección periodontal aguda. Pueden ser necesarias las segundas opiniones como parte del proceso de aprobación antes del tratamiento. Si es necesaria la remoción de emergencia de un tercer molar, antes del pago pueden ser necesarias las radiografías y/ o la documentación de la condición patológica que provoca la situación emergente.

5. Exclusiones

Los siguientes cargos no tienen cobertura bajo cualquiera de las partes del Programa Odontológico CHP+:

1. Los procedimientos (o servicios) que no aparecen en la Lista del Código de Procedimientos y Coseguro no son un beneficio. Si el dentista de su hijo realiza un procedimiento que no aparece en la lista, usted será responsable de los gastos completos de la facturación.
2. Servicios por lesiones o condiciones que reciban compensación bajo las leyes de Compensación de los trabajadores o de responsabilidad del empleador o los Servicios que se le proporcionen al Afiliado a través de cualquier organismo gubernamental federal o estatal o proporcionados sin costo para el miembro elegible a través de cualquier municipio, condado u otra subdivisión política o cualquier Servicio para el que el miembro elegible no tenga obligación de pago en ausencia de esta cobertura, excepto en el caso de que dicha exclusión pueda estar prohibida por la ley.
3. Cualquier servicio cubierto iniciado durante cualquier período cuando su hijo no sea elegible para tal servicio de acuerdo con el Programa Odontológico de CHP+.
4. Servicios para el tratamiento de malformaciones congénitas (presentes al momento del nacimiento) o del desarrollo (luego del nacimiento), excepto por los servicios dentales intraoral para el tratamiento de una condición que está relacionada o que se desarrolla como resultado del labio leporino y/ o paladar hendido, a menos que sean incluidos como procedimientos cubiertos del Programa Odontológico de CHP+.
5. Servicios por motivos cosméticos.
6. Servicios para reconstruir la estructura del diente perdido por el desgaste o para cualquier servicio relacionado para proteger, alterar, corregir, estabilizar, reconstruir o mantener los dientes debido a la alineación, oclusión o contorno inadecuados o para la ferulización o estabilización de los dientes.
7. Medicación previa, analgesia, hipnosis o cualquier otro servicio de administración al paciente.
8. Procedimientos experimentales o cualquier procedimiento que no sea el de los servicios cubiertos para los que el pronóstico es bueno. Cualquier procedimiento realizado antes de la necesidad futura (excepto por los Servicios preventivos cubiertos).
9. Costos hospitalarios y cualquier honorario adicional cobrado por el Dentista o el hospital por los servicios o consultas hospitalarias o gastos por el uso de cualquier centro de salud.
10. Anestesia general, sedación o analgesia intravenosa.
11. Medicamentos con prescripción.
12. Servicios de ortodoncia.
13. Servicios para el tratamiento de cualquier trastorno de la articulación temporomandibular (articulación de la mandíbula), dolor facial o cualquier condición relacionada.

14. Servicios no realizados de acuerdo con las leyes del estado de Colorado, servicios realizados por cualquier persona que no sea la persona autorizada mediante una licencia para realizar dichos servicios o servicios realizados para tratar cualquier condición que no sea una condición de enfermedad bucal o dental, malformación, anormalidad o condición.
15. Instrucciones para la higiene bucal o instrucciones para la dieta.
16. Llenado de formularios, proporcionando información o registros de diagnóstico, duplicación de radiografías u otros registros.
17. Servicios para los que se prohíbe el pago de acuerdo con las leyes de jurisdicción en la que reside la persona elegible en el momento en que se incurre en los gastos.
18. Servicios por los que no se hubieran producido gastos si esta cobertura no existiera, excepto por los Servicios proporcionados por Medicaid.

6. Atención odontológica de emergencia

La Atención Odontológica de Emergencia implica los servicios odontológicos de emergencia necesarios para aliviar el dolor severo o por el diagnóstico inmediato y el tratamiento de las condiciones no previstas que, si no se diagnostican inmediatamente y se tratan, conducirían a la lesión grave de la salud odontológica de su hijo.

En el caso que su hijo tenga una Emergencia odontológica mientras ella/ él esté fuera de Colorado, este programa pagará por los gastos odontológicos en los que se incurra hasta un máximo de Cincuenta dólares (\$50,00) basado en la apelación de la demanda. Delta Dental pagará los gastos odontológicos en los que se incurra por cada miembro elegible hasta un máximo de Cincuenta dólares (\$50,00) por año calendario. Para una Emergencia odontológica dentro del estado, usted debe llamar a un dentista de la lista que participe en el directorio de dentistas que Delta Dental le suministró en el momento de la inscripción.

7. Límite del gasto máximo de su propio bolsillo

El programa de CHP+ no le permite a una familia gastar más del cinco por ciento (5%) del ingreso bruto ajustado por año por la suma del honorario de la inscripción anual de la familia y los pagos del coseguro combinados. Usted es responsable de hacer un seguimiento de todos los dineros gastados por los servicios odontológicos cubiertos por el niño y emitidos a través de Delta Dental. Su “desembolso máximo” es del cinco por ciento (5%) del ingreso bruto ajustado de la familia.

Usted debe guardar los comprobantes del coseguro por toda la atención médica cubierta, la atención odontológica cubierta y las medicaciones cubiertas por la prescripción médica. Si usted alcanza el máximo Coseguro permitido y notifica al

programa CHP+, recibirá un autoadhesivo que deberá pegar en su tarjeta de Identificación de Delta Dental. Este autoadhesivo le avisará a cualquier dentista para que lo exima del coseguro para usted por lo que queda del período de beneficios. Delta Dental pagará el coseguro requerido para usted si usted ha alcanzado el monto de coseguro máximo permitido, ha notificado al programa CHP+ y tiene un autoadhesivo especial pegado en su tarjeta de identificación de Delta Dental.

Si usted alcanza su “límite de desembolso de bolsillo” por el dinero que gastó en la atención de la salud con cobertura para todos los niños, por favor envíe una carta notificando a la administración central de Child Health Plan Plus de su necesidad de reembolso y de los autoadhesivos para las tarjetas de sus hijos. Será necesario que envíe copias de sus recibos por sus gastos “de desembolso” con su carta. No envíe esta notificación a Delta Dental, debe enviarla a:

CHP+ Out of Pocket Limit
P.O. Box 929
Denver, CO 80201-0929

1-800-359-1991

8. Cómo apelar una demanda rechazada

Usted tiene el derecho a apelar cualquier determinación adversa realizada sobre su demanda, en un todo o en parte. Puede presentarse una solicitud de apelación por escrito 180 días desde la fecha de la Explicación original de Beneficios a:

Delta Dental de Colorado
Analista de Apelaciones
PO Box 172528
Denver, CO 80217-2528

Una persona con cobertura puede presentar documentación adicional en apoyo de la apelación. Una apelación de Segundo nivel o externa –en ciertos casos- puede estar disponible en las demandas calificadas.

Usted, el dentista de su hijo o alguien que usted quiera que lo represente puede llamar a Relaciones con el Cliente al 303-741-9305, 1-800-610-0201 (llamada gratuita) o escribir a Delta Dental a la dirección de la lista anterior para solicitar una apelación. Por favor, díganos por escrito si tendrá a alguien más para representarlo e incluir el nombre, dirección y número de teléfono de la persona. Si usted quiere alguno de los registros odontológicos de su hijo, usted o un tutor legal deben extenderle su autorización escrita a su dentista.

Su cobertura del Programa Odontológico CHP+ no cambiará si usted completa una apelación. Delta Dental no puede quitarle sus beneficios del Programa Odontológico CHP+ debido a que completó una apelación.

9. Tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación de su hijo tiene información importante sobre la cobertura de atención odontológica de su hijo. La tarjeta le permite al dentista saber si usted tiene un coseguro y a dónde debe enviar las demandas por el pago.

Si tiene alguna duda sobre los beneficios o servicios odontológicos de su hijo, por favor llame a Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 ó 1-800-610-0201 (llamada gratuita), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6:00 p.m.

Para ayudar a que esto sea posible, usted debe:

f Lleve esta tarjeta con usted en todo momento.

f Muestre esta tarjeta cada vez que su hijo vea al dentista

Usted recibirá la Tarjeta de identificación de su hijo pronto después de su inscripción con Delta Dental. Si no recibe la Tarjeta de identificación de su hijo o si la información en la tarjeta no es correcta, por favor, llame a nuestro Departamento de Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 o 1-800-610-0201 (llamada gratuita).

10. Si recibe una factura

Usted puede correr con los gastos si su hijo recibió un servicio que no aparece en la Lista del Código de Procedimiento y Coseguro como un beneficio cubierto del Programa Odontológico CHP+.

Algunas veces puede ocurrir que el dentista de su hijo no se de cuenta de que su hijo es miembro del Programa Odontológico CHP+. Para evitar recibir una factura, usted debe mostrar la tarjeta de identificación del programa odontológico CHP+ cada vez que su hijo reciba los servicios odontológicos.

Si obtiene una factura, hay varios pasos importantes que debe tomar:

f Controle la fecha del servicio en la factura.

f Si su hijo recibió el servicio mientras se inscribía en el Programa odontológico CHP+, llame a la oficina de facturación del dentista y dígame que las facturas deben ser enviadas a Delta Dental de Colorado. Nuestra dirección para las demandas odontológicas es:

Delta Dental de Colorado
P.O. 173803
Denver, CO 80217-3803

Si su hijo no era miembro del Programa odontológico CHP+ del estado o si acordó un tratamiento que no figura en la lista como un servicio cubierto, usted puede ser responsable de pagar la factura.

Es muy importante que llame a la oficina de facturación del dentista al número que figura en la factura tan pronto como sea posible. En la mayoría de los casos, quizás no se den cuenta de que su hijo estaba asegurado y les complacerá escucharlo y estar seguros de realizar la facturación correcta. Si sigue recibiendo facturas odontológicas y no puede conseguir ayuda de la oficina de facturación del dentista, llame a nuestro Departamento de Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 ó 1-800-610-0201 (llamada gratuita).

¿Cuándo debe pagar por la Atención de su hijo?

Existen algunas ocasiones en las que usted deberá pagar por la atención odontológica de su hijo. Usted tendrá que pagar si:

f Su hijo es tratado por un dentista que no aparece en la lista en el directorio del Dentista Participante de Delta Dental.

f Si está de acuerdo con un procedimiento del tratamiento que no aparece en la lista como un

servicio cubierto en la Lista del Código de Procedimiento y Coseguro.

11. Sus derechos y responsabilidades

Usted y su hijo tienen derechos que son muy importantes. Como padre, usted también tiene una función para ayudarnos a asegurarnos que cumplimos con estos derechos y que los respetamos.

Derechos de los miembros

Como un miembro del Programa Odontológico CHP+, usted tiene los siguientes derechos:

- f El derecho a ser tratado con respecto y con el reconocimiento de la dignidad personal y la necesidad de privacidad.
- f El derecho a participar con los dentistas en la toma de decisiones con respecto a la atención odontológica de su hijo.
- f Tiene derecho a conversaciones amables sobre las opciones adecuadas u odontológicamente necesarias de tratamiento para la condición de , independientemente del costo y de la cobertura del beneficio.
- f El derecho a rechazar el tratamiento odontológico recomendado o los procedimientos.
- f El derecho a la confidencialidad de la información con respecto a la salud odontológica y el tratamiento de su hijo.
- f El derecho a expresar las demandas o apelaciones sobre el Programa Odontológico CHP+ o la atención suministrada.
- f El derecho a ofrecer sugerencias para los cambios en las políticas y procedimientos de mejora de la calidad del Programa Odontológico CHP+ .
- f El derecho a la información del Programa Odontológico CHP+, sus servicios, los dentistas que suministran la atención y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- f El derecho a un tratamiento justo e igualitario sin tener en cuenta raza, color, nacionalidad, edad, sexo, credo, religión, orientación sexual o discapacidad.

Responsabilidades de los miembros

Como un miembro del Programa Odontológico CHP+, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- f La responsabilidad de seguir instrucciones y lineamientos dados por los que suministran servicios odontológicos.
- f La responsabilidad de suministrar la información completa del estado de salud que necesita el dentista de su hijo a fin de cuidarlo.
- f La responsabilidad de mantener las citas para la atención y de brindar la notificación necesaria cuando se cancela.
- f La responsabilidad de pagar el coseguro aplicable en el momento en que se ofrecen los servicios.
- f La responsabilidad de leer y comprender todos los materiales con respecto a la cobertura odontológica de su hijo y para compartir esta información con el dentista de su hijo.
- f La responsabilidad de tratar al dentista de su hijo y al personal con respecto y reconocimiento de la dignidad personal.

Si tiene alguna duda sobre los beneficios o servicios odontológicos de su hijo, por favor llame a Relaciones con el Cliente al 303-741-9305 ó 1-800-610-0201 (llamada gratuita), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6:00 p.m.

12. Demandas

Qué debe hacer si tiene una demanda

Nuestro Departamento de Relaciones con el Cliente puede responder o ayudarlo con la mayoría de las preguntas y los problemas mientras usted esté en el teléfono. Si no se responde a su pregunta o problema a su satisfacción, usted puede escribir una carta detallada explicándole la situación a Delta Dental. Se puede esperar la acción rápida si toda la información se presenta por escrito. Envíe la carta por correo a la siguiente dirección:

Director Odontológico
Delta Dental de Colorado
P.O. Box 5468
Denver, Colorado 80217-5468.

¿Qué es una Demanda?

Una demanda implica que usted tiene un problema. Los ejemplos de este tipo incluyen:

- f La oficina odontológica le pide que pague un monto del coseguro que no aparece en la Lista del Código de Procedimiento y Coseguro.
- f Un dentista que Delta Dental tenga en la lista en el directorio de los Dentistas Participantes de Delta Dental rechaza el cooperar con el programa Odontológico CHP+.

13. Números de teléfono importantes

Delta Dental de Colorado
(303) 741-9305
1-800-610-0201

Colorado Relay 1-800-659-3653 (Sordera o problemas auditivos)

Programa Odontológico CHP+ del estado
Llamada gratuita al 1-800-359-1991

Ombudsman (Defensor del Consumidor)
303-744-7667 o llamada gratuita al 1-877-435-7123