



Children's Health Insurance Program



Premier Access Insurance Company
P.O. Box 659010

Programa de seguro médico para niños (CHIP) de Utah
Manual de afiliados

Año del plan: 1 de julio de 2015 al 30 de junio de 2016

Éste es un resumen de su plan y beneficios bajo CHIP de Utah. Para obtener información acerca de la cobertura completa, consulte en Certificado de seguro médico en www.PremierLife.com/UtahCHIP .

Table with 2 columns listing topics and page numbers. Topics include: Bienvenido a Premier Access Insurance Company, Uso del Plan dental, Atención de urgencia y servicios de emergencia, Esquema de beneficios, etc.

Bienvenido a Premier Access Insurance Company

Premier Access Insurance Company (“Premier Access”) proporciona cobertura dental completa para afiliados en el Programa de seguro médico para niños (CHIP) de Utah.

- Premier Access tiene una gran red de proveedores acreditados.
- Premier Access garantiza su acceso a un proveedor de la red.
- Usted puede elegir su dentista.

Línea de servicios al miembro

La línea de servicios al miembro de Premier Access se puede obtener en:

1-877-854-4242

(TDD/TTY 1-888-346-3162)

De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 horas (horario de la montaña).

Vistazo a los beneficios

- ¡Su plan cubre los servicios necesarios para una buena salud oral! **Los exámenes de rutina y las limpiezas son importantes.**
- El Esquema de beneficios le muestra sus **servicios cubiertos**.
- Debe pagar **deducibles** y **copagos**. El Esquema de beneficios muestra las cantidades.
- Tiene un **beneficio máximo anual** de \$1,000.
- **Los beneficios de ortodoncia** están incluidos hasta un máximo vitalicio de \$1,000. La cobertura de ortodoncia es únicamente para los servicios médicamente necesarios.
 - Su hijo debe estar afiliado a CHIP durante 12 meses consecutivos a partir del 1 de julio de 2010.
 - El máximo vitalicio de ortodoncia de \$1,000.

Cómo utilizar sus beneficios

- Elija un **proveedor de la red** y programe una cita.
- **La autorización previa** de Premier Access es necesaria.
 - Tratamientos básicos (incluyendo rellenos y cirugía oral)
 - Tratamientos mayores (incluyendo coronas, dentaduras postizas, tratamientos del conducto radicular y tratamientos a sus encías)
- Necesita una **referencia para consultar a un especialista** (incluyendo a un especialista pediatra). ¡Sus copagos son mayores cuando consulta a un especialista.
- Su proveedor de red archivaré el **reclamo para el pago**.
- Notifique a su dentista si no puede asistir a una cita programada.
- Debe pagar los **cargos no cubiertos**, si los aceptó antes del tratamiento.

El personal de servicios al miembro le puede ayudar con cualquier pregunta.

Tarjeta de identificación para miembros

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) para miembro. La tarjeta contiene información importante sobre cómo obtener los servicios y utilizar sus beneficios.

- Sírvase mostrar su tarjeta de identificación de miembro a su proveedor cuando reciba atención dental.
- **Si no recibió o si perdió su tarjeta de identificación**, comuníquese a Servicios al miembro. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Usted es la única persona autorizada para utilizar su tarjeta de identificación. Si alguien más utiliza su tarjeta, el proveedor le cobrará a esa persona los servicios. Si permite que alguien más utilice su tarjeta, es posible que no podamos mantenerlo en nuestro plan.

Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Hacer citas con tiempo razonable.
- Presentar una queja o reclamo. También tiene derecho a solicitar una audiencia justa en Utah.
- Cambiar de planes dentales durante un período de inscripción abierta. Puede solicitar cambiar de planes antes si no está conforme con el plan dental.

- Que sus registros dentales se mantengan confidenciales. Sus registros dentales sólo se compartirán con su autorización por escrito o si lo requiere la ley.
- Expresar sus inquietudes acerca de Premier Access o acerca de los servicios dentales que recibió a Premier Access.
- Hacer recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades.

Sus responsabilidades son:

- Proporcionar la información correcta a los proveedores y a Premier Access.
- Comprender sus problemas de salud y participar en desarrollar objetivos de tratamiento, tanto como sea posible, con su proveedor.
- Presentar su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga los servicios.
- Hacer preguntas acerca de cualquier condición dental Asegurarse de que las explicaciones e instrucciones se entienden.
- Programar y asistir a las citas dentales. Notificarle a los proveedores con por lo menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a una cita programada.
- Ayudar a Premier Access a mantener registros exactos y actualizados. Proporcionar información oportuna sobre otra cobertura de atención médica
- Notificar a Premier Access, tan pronto como sea posible, si un proveedor le cobra de manera inapropiada o si tiene alguna queja.

Elegibilidad e inscripción

Comuníquese con el Estado de Utah, Departamento de Servicios de Fuerza Laboral al 1-866-435-7414, si tiene alguna pregunta relacionada con alguno de los siguientes asuntos:

- Elegibilidad e inscripción
- Fecha de inicio de la cobertura
- Recalificación anual

Cambio de planes dentales

Puede cambiar planes dentales durante un período de inscripción abierta al comunicarse al Estado de Utah, Departamento de Salud al 1-866-608-9422.

Si cambia de planes dentales, el Plan dental coordinará la transferencia de su información entre los planes. Esto incluye autorizaciones previas que están pendientes cuando cambia planes.

Servicios de asistencia de idiomas

Los miembros pueden utilizar los servicios gratuitos de intérprete de Premier Access. Están disponibles los servicios gratuitos de intérprete en persona y por teléfono. Puede utilizar estos servicios para comunicarse con Premier Access y con los proveedores. Para obtener acceso a estos servicios, comuníquese con la línea de Servicios al Miembro al 1-877-854-4242.

Puede pedirles a los miembros de su familia que sean sus intérpretes. Sin embargo, Premier Access no recomienda esto. Es importante tener intérpretes calificados, especialmente al tratar su condición dental o la información del tratamiento.

Los materiales de los miembros están disponibles en español. Si necesita materiales en español, comuníquese a Servicios al Miembro al 1-877-854-4242.

Los materiales del miembro están disponibles en español. Si necesita materiales en español, comuníquese al Servicio al cliente al 1-877-854-4242.

Uso del Plan dental**Cómo elegir su proveedor dental de cuidado primario**

Las oficinas de proveedores de la red de Premier Access están cerca de su hogar y de su trabajo. Si vive a 40 millas de un dentista general de la red, debe dirigirse a uno de esos proveedores. Para buscar el consultorio de un proveedor de la red cercano, visite www.premierlife.com/UtahCHIP para obtener el directorio de proveedores. También se puede comunicar con Servicios al Miembro al 1-877-854-4242 para obtener asistencia.

Premier Access cubrirá los servicios de un proveedor no contratado, si no hay un dentista general contratado a 40 millas. Puede elegir cualquier dentista disponible en su área para recibir atención. ***El tratamiento que proporcionan los proveedores no contratados requiere la autorización de Premier Access.***

Los servicios que prestan proveedores no contratados se cubren bajo circunstancias limitadas. La cobertura de los proveedores no contratados incluye:

- Servicios de salud para indígenas
- Servicios de emergencia
- Servicios autorizados por Premier Access antes de que reciba la atención

Programación de citas

¡Es muy importante visitar a un dentista y mantener buena salud oral! Haga una cita para su primera visita hoy.

Después que seleccione a un dentista, comuníquese al consultorio dental para programar una cita. Los consultorios dentales están abiertos durante horas de oficina. Algunos consultorios están abiertos los sábados o en la noche. No debe esperar más de tres semanas para una cita para consulta de rutina, cuidado preventivo o atención especializada. Si no puede asistir a una cita programada, notifique al proveedor por lo menos con 24 horas de anticipación. **Si necesita atención especializada, su dentista de atención primaria se comunicará con Premier Access para planificar la atención.**

Autorizaciones previas necesarias antes del tratamiento

Premier Access debe autorizar previamente todos los servicios básicos y mayores, antes de que reciba el tratamiento.

Su dentista de cuidado primario obtendrá las autorizaciones necesarias de Premier Access. Los siguientes servicios necesitan autorización antes de que reciba la atención:

- Todos los servicios, excepto por emergencia, servicios preventivos y de diagnóstico, que realice su dentista de atención primaria.
- Los servicios realizados que preste un proveedor especialista, excepto atención de emergencia (consulte la siguiente sección titulada "Referencias a especialistas").
- Servicios que no son de emergencia que preste un proveedor que no pertenece a la red

El proveedor debe obtener autorización antes de que usted reciba los servicios (excepto por servicios de atención dental de emergencia). Si el proveedor no obtiene autorización antes de que reciba los servicios, Premier Access no cubrirá los servicios, aún cuando los servicios sean necesarios.

Referencias a especialistas

Debe tener una referencia autorizada para consultar a un especialista. Esto incluye endodoncistas, ortodoncistas, periodontólogos, especialistas pediatras (pedodontista) y cirujanos orales.

Su dentista de atención primaria coordinará su atención dental. Cuando sea necesario, su dentista de atención primaria coordinará los servicios especializados por usted. Premier Access debe autorizar los servicios especializados antes de que reciba los servicios (esto no aplica al tratamiento de emergencia). Su dentista de atención primaria obtendrá las referencias y autorizaciones necesarias.

Si consulta a un especialista o recibe la autorización necesaria, usted será responsable de pagar los servicios.

- Premier Access procesa inmediatamente las referencias de emergencia. Le notificamos al especialista cuando la referencia está autorizada.
- Premier Access procesa las referencias de rutina oportunamente de manera apropiada para la condición del miembro. El tiempo del proceso no excederá los cinco (5) días hábiles a partir de la recepción.
- Premier Access procesa las referencias oportunamente de manera apropiada para la condición del miembro cuando el miembro enfrenta una amenaza grave e inminente para su salud, o (b) la capacidad del miembro de recuperar su funcionamiento máximo está en peligro. El tiempo del proceso no excederá las 72 horas a partir de la recepción de la documentación necesaria para que Premier Access tome la determinación. **Premier Access se reserva el derecho de determinar el establecimiento y proveedor de la red que proporcionará la atención especializada.**

Si Premier Access autoriza la solicitud de referencia, el aviso de autorización especificará el servicio de atención dental que está autorizado.

Si Premier Access deniega o modifica la solicitud de referencia, Premier Access le enviará una carta explicando la razón de la decisión. Usted puede apelar la decisión. Consulte la sección "Proceso de reclamos y apelaciones" para obtener más información.

Atención de urgencia y servicios de emergencia

Bajo el plan dental, la atención de urgencia y los servicios de emergencia son de la siguiente manera:

- **Atención de urgencia**
Servicios necesarios para evitar el grave deterioro de su salud ocasionado por una enfermedad o lesión inesperada para la que no se puede retrasar el tratamiento. Para que Premier Access cubra los servicios, el servicio de atención de urgencia debe ser necesario debido a que la enfermedad o lesión se volvería mucho más grave si esperara una cita regular con el doctor. Durante su primera visita, hable con su dentista de atención primaria sobre lo que quiere que haga cuando el consultorio esté cerrado y usted considere que puede ser necesaria la atención de urgencia.
- **Emergencia**
Una condición dental, incluyendo un dolor severo que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, tales que la falta de atención médica inmediata podría ocasionar razonablemente cualquiera de lo siguiente:
 - Poner en grave peligro la salud dental del miembro
 - Ocasionar un impedimento grave a las funciones dentales del miembro
 - Ocasionar una disfunción grave en cualquiera de las partes u órganos del cuerpo del miembro

Si Premier Access determina que los servicios no cumplen con las definiciones de atención de urgencia o de emergencia, Premier Access no cubrirá los servicios.

Si no está seguro de tener una emergencia o de requerir atención de urgencia, comuníquese con su dentista de atención primaria. Si su dentista de atención primaria no está disponible, comuníquese a Servicios al Miembro al 1-877-854-4242.

Obtener atención de urgencia

Cuando está **dentro del área de servicio de Premier Access**, debe notificarle a su dentista de atención primaria. Haga una cita para consultar a su dentista de atención primaria en el transcurso de 24 horas. Si el dentista no puede atenderle en el transcurso de 24 horas, comuníquese a Premier Access inmediatamente. Premier Access coordinará una atención dental alternativa.

Cuando está **fuera del área de servicio de Premier Access**, Premier Access considera los servicios de atención de urgencia que debe recibir como emergencia, antes de que regrese al área de servicio cubierta. Debe buscar atención de cualquier proveedor que lo acepte.

Obtener servicios de emergencia

Dentro y fuera del área de servicio de Premier Access, los servicios de atención dental de emergencia están disponibles para usted las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Puede buscar tratamiento del establecimiento de emergencia o dentista disponible más cercano. Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor que lo acepte sin previa autorización.

Los proveedores de la red de Premier Access deben atender a sus pacientes después del horario de atención. Premier Access también ofrece servicios de emergencia después del horario de atención para ayudarle. Si tiene preguntas, comuníquese con Premier Access al 1-877-854-4242.

Atención de seguimiento

Después de que reciba todos los servicios de emergencia o atención de urgencia, se debe comunicar con su dentista de atención primaria para la atención de seguimiento. Recibirá toda la atención de seguimiento de su dentista de atención primaria.

Pago de servicios

Premier Access le pagará al dentista general contratado las tarifas de los procedimientos de emergencia y atención de urgencia. Cargos cubiertos por atención de urgencia y servicios de emergencia se aplicarán a su beneficio máximo anual del plan anual.

Es posible que los proveedores que no pertenecen al plan requieran que realice el pago completo por los servicios. Es posible que algunos le soliciten el pago sólo de los copagos aplicables y le cobren a Premier Access el saldo no pagado. Si tiene que pagar alguna parte de la factura, Premier Access le reembolsará los servicios que cumplen con la definición de atención de urgencia y servicios de emergencia, según se define anteriormente. Si paga una factura, envíe una copia de la factura a:

Premier Access Insurance Company
Attention: Claims Department
P. O. Box 659010
Sacramento, CA 95865-9010

Obtención de una segunda opinión

Es posible que algunas veces tenga preguntas acerca de su condición. También es posible que tenga preguntas acerca del plan de tratamiento que le recomendó su dentista de atención primaria. Es posible que desee obtener una segunda opinión. Las segundas opiniones sólo aplican para los servicios cubiertos.

Usted o su proveedor pueden solicitar una segunda opinión por cualquier motivo, incluyendo lo siguiente:

- Tiene preguntas acerca de si un procedimiento recomendado es razonable o necesario.
- Tiene preguntas acerca de un diagnóstico o plan de tratamiento de una condición que puede ocasionar la pérdida de la vida, pérdida de una extremidad, pérdida de una función corporal o discapacidad sustancial.
- La recomendación de su proveedor no está clara. La recomendación de su proveedor es compleja o confusa.
- Su proveedor no puede diagnosticar su condición.
- Su diagnóstico es dudoso debido a los resultados contradictorios de las pruebas.
- Su plan de tratamiento actual no ha mejorado su condición médica dentro del período de tiempo esperado.
- Ha intentado seguir el plan de tratamiento o consultó con su proveedor acerca de sus inquietudes relacionadas con el diagnóstico o plan de tratamiento.

Premier Access autorizará o denegará su solicitud de manera oportuna. Si su condición presenta un riesgo inminente y grave para su salud, Premier Access procesará su solicitud en el transcurso de 72 horas a partir de la recepción. Esto incluye, pero no se limita a, la posible pérdida de la vida, de una extremidad u otra función corporal principal o si un retraso podría ser perjudicial para su capacidad de recuperar el funcionamiento máximo.

Si Premier Access autoriza su solicitud para obtener una segunda opinión, las limitaciones de frecuencia aplicarán para los procedimientos realizados. Cargos cubiertos aplicarán a su beneficio máximo anual del plan anual.

Si Premier Access deniega su solicitud para obtener una segunda opinión, puede apelar la decisión. Consulte la sección “Proceso de reclamos y apelaciones” para obtener más información.

Beneficio máximo dental anual

Su plan dental tiene un beneficio máximo anual de \$1,000 por plan anual.

Beneficios de ortodoncia y máximo vitalicio

Su plan incluye beneficios de ortodoncia únicamente para servicios médicamente necesarios, Un servicio médicamente necesario es uno que se requiere para tratar una condición médica que califica.

Los beneficios de ortodoncia tienen un máximo vitalicio de \$1,000. Esta cantidad es aparte de su beneficio máximo dental anual.

Copagos y deducibles

Los planes dentales del CHIP tienen copagos y deducibles. Generalmente, ésta es la única cantidad que pagará por los servicios cubiertos. Le paga sus copagos y deducibles a su proveedor cuando recibe los servicios. El Esquema de beneficios muestra la cantidad que es responsable de pagar.

Atención de urgencia y servicios de emergencia: Premier Access pagará las tarifas del dentista general contratado. Si consulta a un proveedor que no pertenece a la red, usted es responsable de pagar la cantidad excedente del pago de Premier Access.

Miembros afiliados en el Plan C del CHIP: Si consulta a un especialista, usted es responsable de pagar la diferencia entre el pago del plan y la tarifa negociada del especialista de los servicios cubiertos recibidos. Comuníquese con Premier Access al 1-877-854-4242, para averiguar cuál es la cobertura del beneficio para cada servicio específico.

Máximo de desembolso directo

El gasto máximo de desembolso directo de una familia es el 5 por ciento del ingreso bruto anual de la familia.

Su máximo de desembolso directo aplica para cada año de beneficios. El año de beneficios inicia el 1 de julio y finaliza el 30 de junio. Cuando alcanza el 5 por ciento máximo, el CHIP le notificará a Premier Access. Si alcanza el 5 por ciento máximo, su copago será de \$0 durante el resto del año (o hasta que alcance el máximo de desembolso directo anual de \$1,000).

Servicios no cubiertos

Un servicio no cubierto es el que no se incluye en el Esquema de beneficios. Éste incluye los servicios o tratamiento que no cumple con el criterio de necesidad médica. También incluye cualquier servicio que exceda su beneficio máximo dental para el año de beneficios.

Premier Access no cubre los servicios dentales que no sean de emergencia o urgentes si usted debería haber sabido de forma razonable que no existió una situación de emergencia o de atención de urgencia. Usted será responsable de todos los costos relacionados con estos servicios.

Es posible que tenga que pagar por los servicios que recibe y que NO tienen cobertura, como:

- servicios que no son de emergencia que se reciben en la sala de emergencia;
- servicios que no son de emergencia ni de urgencia que se recibieron fuera del área de servicio de Premier Access, si no obtuvo una autorización de Premier Access antes de recibir dichos servicios
- servicios especializados que recibe sin la referencia requerida o autorización de Premier Access (consulte la sección “Referencias a especialistas”)
- servicios de un proveedor que no es de la red, a menos que los servicios sean para situaciones todas adeudadas en este folleto (consulte la sección “Cómo elegir a un proveedor atención dental primaria”)
- servicios que reciba y que sean mayores a los límites descritos en este folleto, a menos que cuenten con la autorización de Premier Access

Si elige tener un servicio sin cobertura, el proveedor *debe* informarle que el servicio no lo cubre el plan dental y que usted será responsable de pagar por los servicios. El proveedor le cobrará directamente por los servicios no cubiertos.

Si recibe una factura por un servicio cubierto de cualquier proveedor, de la red o que no pertenece a la red, comuníquese a Servicios al Miembro al 1-877-854-4242.

Proceso de reclamos y apelaciones

Premier Access tiene el compromiso de asegurar la calidad de la atención y la calidad en el proceso del tratamiento. Esto se extiende desde el cuidado que le proporcionan nuestros dentistas de la red hasta la cortesía que nuestros representantes de Servicios al Miembro le extienden.

Si tiene alguna pregunta relacionada con los servicios que recibe de un proveedor de Premier Access, le recomendamos que primero trate el asunto con su proveedor. Si continúa teniendo inquietudes en relación con cualquier servicio que recibió, comuníquese a la línea de Servicios al Miembro al 1-877-854-4242.

Puede presentar un reclamo en cualquier momento. Premier Access acusará recibo su reclamo en el transcurso de cinco (5) días. Le enviaremos una carta de decisión en el transcurso de treinta (30) días. El proceso de reclamo de Premier Access es además de cualquier otro procedimiento de resolución de disputas al que pudiera tener acceso y, el hecho de no utilizar estos procesos no excluye su uso de cualquier otro recurso previsto por ley.

Después de que finalice el proceso de reclamo de Premier Access, si no está satisfecho con la determinación final de Premier Access sobre su reclamo, tiene el derecho de solicitar una audiencia justa al Departamento de Salud de Utah. La solicitud de su audiencia justa se *debe* enviar por escrito utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

Correo: Department of Workforce Services
Fair Hearings
P. O. Box: 143245
Salt Lake City, UT 84116

Fax: (877) 824-6534

Para iniciar el proceso de reclamo, se puede comunicar a Premier Access utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

Correo: Premier Access Insurance Company
Attn: Grievances/Appeals Department
P. O. Box 659010
Sacramento, CA 95865-9010

Fax: (916) 646-9000
Attn: Premier Access Grievances/Appeals Dept.

Correo electrónico: GrievanceDept@PremierLife.com

Teléfono: 877-854-4242

Se proporciona un formulario de reclamo al final de este folleto (**Anexo A**). Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese a Servicios al Miembro al 1-877-854-4242.

Esquema de beneficios

Premier Access proporciona los siguientes beneficios para los afiliados del CHIP elegibles de acuerdo con los beneficios definidos en el Plan Estatal del Programa de seguro médico para niños de Utah sujeto a exclusiones y limitaciones que se indican en la sección “Exclusiones y limitaciones”. El Estado de Utah se reserva el derecho de interpretar lo que se encuentra en el Plan Estatal.

Consulte su tarjeta de ID de miembro para enterarse si está afiliado al Plan A, B o C. (Las determinaciones del plan las realiza el Departamento de Salud de Utah y se basan en los ingresos).

BENEFICIOS	COPAGO DEL MIEMBRO		
	PLAN A*	PLAN B*	PLAN C*
Deducibles – Por año de plan	Ninguno	Ninguno	\$50 por persona \$150 por familia
Servicios preventivos: Exámenes de rutina (2 por plan anual) Limpiezas (incluyendo mantenimiento periodontal; 2 por plan anual) Fluoruro tópico (2 por plan anual) Rayos X Sellantes Separadores	\$0	\$0	\$0
Servicios básicos: Emergencia (tratamiento paliativo) Empastes, extracciones, cirugía oral (incluyendo anestesia)	\$0	5% de cargos cubiertos	20% de cargos cubiertos, después del deducible
Mayores: Coronas, puentes, dentaduras postizas, endodoncia y periodoncia, incrustaciones, recubrimientos	5% de cargos cubiertos	5% de cargos cubiertos	50% de cargos cubiertos después del deducible
Beneficio máximo dental: Servicios preventivos, básicos y mayores por persona por plan anual (los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual).	\$1,000 por plan anual	\$1,000 por plan anual	\$1,000 por plan anual
Ortodoncia: Limitado a los afiliados que califican 30 o más en el Índice de Salzmann Máximo vitalicio: \$1,000 Periodo de espera de 12 meses	5% de cargos cubiertos al beneficio máximo vitalicio	5% de cargos cubiertos al beneficio máximo vitalicio	50% de gastos cubiertos al beneficio máximo vitalicio
Especialistas: Endodoncistas, cirujanos orales, especialistas pediatras (pedodontistas), periodontólogos, protesistas	5% de cargos cubiertos	5% de cargos cubiertos	El plan paga de acuerdo con el programa de tarifas del dentista general del plan dental y la categoría de servicio cubierto. El miembro es responsable de la diferencia entre el pago del plan dental y la tarifa negociada del especialista.
Máximo de gastos de desembolso directo	5% del ingreso bruto anual de la familia, incluido como parte del desembolso directo médico	5% del ingreso bruto anual de la familia, incluido como parte del desembolso directo médico	5% del ingreso bruto anual de la familia, incluido como parte del desembolso directo médico

- A los indios americanos/nativos de Alaska no se les cobrarán copagos, primas o un deducible.
- Usted es responsable de los cargos adicionales de metales nobles o altamente nobles.
- Usted es responsable de las tarifas de laboratorio adicionales para dentaduras postizas y reparaciones de dentaduras postizas.

NOTA: La cantidad máxima permisible (cargo elegible) es (1) la tarifa del contrato que Premier Access tiene con los proveedores; o (2) la menor cantidad del cargo facturado menos el 25 por ciento u otra tarifa negociada para los proveedores no contratados. Los servicios de los proveedores no contratados sólo se cubren en circunstancias limitadas, excepto por los Centros de servicio de salud para indígenas calificados.

Los servicios cubiertos del CHIP sólo se pueden limitar a través del criterio de uso basado en la necesidad médica.

- La autorización previa es necesaria para todos los Servicios básicos y mayores.
- Un dentista general tratante puede determinar que tratamiento requiere una referencia a un especialista contratado. Todas las referencias especializadas las debe solicitar el dentista general contratado y las debe autorizar Premier Access antes de la referencia. NOTA: Los copagos adicionales aplican para los servicios cubiertos que preste un especialista, incluyendo a un especialista pediatra (endodoncista, cirujano oral, peridontólogo, pedodontista).

Los servicios elegibles bajo el plan dental se pagan en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios para niños de cinco años o menores o un niño que tiene un alto riesgo debido a otro diagnóstico médico. El centro para pacientes ambulatorios y los cargos de anestesia se pagan bajo el plan médico. Los cargos dentales se pagan bajo el plan dental:

No existen limitaciones de condición preexistente, aparte de las que se describen específicamente para los planes del tratamiento en progreso en la fecha de inicio y dientes faltantes.

El gasto máximo de desembolso directo de una familia es el 5 por ciento del ingreso bruto anual de la familia. Si el máximo de desembolso directo excede el 5 por ciento del ingreso bruto anual de la familia, la familia debe enviar un formulario de reclamo de desembolso directo al Estado de Utah al PO Box 144102, SLC, UT 84114-4102. Al recibir la información, Premier Access le proporcionará al Estado de Utah un registro de coaseguro y copagos que conforma los gastos de desembolso directo de la familia. Al recibir la notificación del Estado de Utah, Premier Access cambiará a la familia a una opción de no desembolso directo (exento) y le reembolsará a la familia cualquier cantidad pagada en exceso arriba del 5 por ciento.

Ningún reclamo de pago, excepto los copagos, deducibles y coaseguro los realizará el proveedor dental del afiliado para un servicio cubierto bajo el contrato del CHIP.

El plan dental y el proveedor del plan dental no le cobrarán el saldo al afiliado por los costos dentales cubiertos bajo el contrato del CHIP de Utah. El proveedor del plan dental considerará el reembolso de Premier Access más los copagos, deducibles y coaseguros como el pago completo de los costos dentales.

Para los costos mayores del límite de beneficio máximo de \$1,000, los proveedores del plan dental le deben continuar cobrando al miembro la tarifa contratada, sólo cuando al miembro se le ha informado completamente sobre la responsabilidad de los cargos no cubiertos antes de proporcionar el tratamiento.

Beneficios

Esta sección enumera los beneficios y servicios dentales que puede obtener a través de Premier Access cuando los servicios son necesarios para su salud dental y son consistentes con las normas de prácticas reconocidas profesionalmente, sujetas a las excepciones y limitaciones enumeradas aquí y en la sección Exclusiones de este folleto.

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVOS

Los beneficios incluyen:

- Los exámenes orales están limitados a 2 por plan anual.
- Evaluaciones orales iniciales y periódicas
- Consultas, incluso consultas con especialistas
- Los tratamientos tópicos con flúor están limitados a 2 por plan anual a los 15 años
- Roentgenología (rayos X)
- Los servicios de profilaxis (limpiezas) están limitados a 2 por plan anual.
- El mantenimiento periodontal después del tratamiento periodontal activo está limitado a 2 por plan anual
- Los tratamientos de sellado dental están limitados a los dientes molares y bicúspide permanente sin caries, 1 vez por cada período de 36 meses, a los 15 años
- Separadores

Limitaciones:

La roentgenología (rayos X) está limitada de la siguiente manera:

- Los rayos X de mordida junto con los exámenes periódicos están limitados a una serie de cuatro placas 2 veces por plan anual; las radiografías aisladas de mordida o periapicales se permiten en casos de emergencia o en bases episódicas
- Los rayos X boca completa junto con los exámenes periódicos están limitadas a una vez cada 36 meses consecutivos
- Las radiografías panorámicas están limitadas a una cada 36 meses consecutivos

SERVICIOS BÁSICOS

Restauraciones

Las restauraciones incluyen:

- Las restauraciones de amalgama, resina compuesta, acrílicas, sintéticas o plásticas para el tratamiento de caries
- Reemplazo de una restauración
- El uso de implantación de espigas junto con una restauración
- Base y empastes sedantes

Limitaciones:

Las restauraciones están limitadas a lo siguiente:

- Si es posible restaurar el diente para el tratamiento de caries con restauraciones de amalgama, resina compuesta, acrílicas, sintéticas o plásticas; cualquier otra restauración como una corona o recubrimiento (jacket) se considera opcional y no está cubierta.
- Las restauraciones de resina compuesta o acrílicas en los dientes primarios posteriores están limitadas al beneficio de la restauración con amalgama
- La sustitución de restauraciones está cubierta únicamente cuando está defectuosa, según lo muestran condiciones tales como caries o fracturas recurrentes y la sustitución es odontológicamente necesaria. El reemplazo de un relleno antes de los 24 meses de la colocación inicial no es un cargo elegible, a menos que sea debido a razones específicas de la salud

Cirugía oral

La cirugía oral incluye:

- Extracciones, incluso extracciones quirúrgicas
- Extracción de dientes impactados
- Biopsia de tejidos orales
- Alveolotomías
- Tratamiento de torus del paladar
- Tratamiento de torus mandibular
- Frenectomía
- Incisión y drenaje de abscesos
- Servicios post-operatorios, incluso exámenes, extracción de suturas y tratamiento de complicaciones

Limitaciones:

La remoción quirúrgica de dientes impactados es un beneficio cubierto solamente cuando hay evidencia de patología.

La anestesia general y la sedación intravenosa sólo se cubren cuando se administran junto con la extracción de dientes impactados y otras cirugías orales, con autorización previa y no son permitidas junto con extracciones simples. Los beneficios de la anestesia están limitados a un beneficio máximo de 150 visitas por plan anual.

Otros beneficios básicos

Otros beneficios básicos incluyen:

- Anestésicos locales
- Los sedantes orales cuando los administra en el consultorio dental un profesional que actúa dentro del alcance de su licencia
- Tratamiento de emergencia, tratamiento paliativo
- Guardas oclusales (limitadas sólo para el tratamiento de bruxismo)

Limitaciones:

- Los anestésicos locales generalmente se incluyen dentro del costo de los procedimientos realizados y no se cargan por separado
- Los servicios por gestión del comportamiento aparte de la sedación oral, prestados en el consultorio del dentista no están cubiertos
- Los guardas oclusales sólo tienen cobertura por bruxismo

SERVICIOS MAYORES

Endodoncia

Los beneficios endodónticos incluyen:

- Revestimiento de la pulpa
- Pulpotomía y pulpotomía vital
- Apexificación con empaste de hidróxido de calcio
- Amputación de conductos
- Tratamiento del conducto radicular
- Apicectomía
- Pruebas de vitalidad

Limitaciones:

Los tratamientos de conductos radiculares, incluyendo el cultivo del conducto están limitados de la siguiente manera:

- La repetición del tratamiento de conductos radiculares es un beneficio cubierto únicamente si hay signos clínicos o radiológicos de formación de absceso o si el paciente experimenta síntomas.
- La remoción o repetición del tratamiento de puntos de plata, sobreobturaciones, subobturaciones, obturaciones incompletas o instrumentos rotos alojados en el canal, en ausencia de patología no es un beneficio cubierto.

PeriodonciaLos beneficios de periodoncia incluyen:

- Raspado periodontal y terapia básica periodontal y raspado subgingival
- Gingivectomía
- Cirugía ósea o mucogingival

Limitaciones:

El raspado periodontal, el pulido radicular y el raspado subgingival están limitados a tratamientos de cuatro cuadrantes en cualquier período de 12 meses consecutivos.

El mantenimiento periodontal es un servicio preventivo cubierto y está limitado a 2 por plan anual, después del tratamiento periodontal activo.

Coronas y puentes fijos:Los beneficios de coronas y puentes fijos incluyen:

- Coronas, incluso aquellas fabricadas de acrílico, acrílico con metal, porcelana, porcelana con metal, completamente de metal, de oro o corona de tres cuartos y acero inoxidable
- Implantes de espigas relacionadas
- Puentes fijos, de metal fundido, de porcelana apoyados con metal o plásticos procesados con oro
- Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y recubrimientos
- Montante de metal fundido y muñón, incluso retención del poste debajo de la corona
- Reparación o sustitución de coronas, pilares o puentes

Limitaciones:

El beneficio de coronas está limitado de la siguiente manera:

- El reemplazo de cada unidad está limitado a una vez cada cinco años, a partir de la fecha de la última colocación excepto cuando la corona ya no es funcional según lo determine el plan.
- Únicamente las coronas de acrílico y las coronas de acero inoxidable son un beneficio para niños menores de 12 años de edad. Si se seleccionan otros tipos de coronas como beneficio opcional para niños menores de 12 años de edad, el nivel de beneficio dental cubierto será el de una corona de acrílico.
- Las coronas estarán cubiertas únicamente si no hay suficiente calidad retentiva en el diente para retener la obturación. Por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están fracturadas o cariadas a tal grado que no sostendrían la obturación.
- Cargos por tarifas de laboratorio para metales superiores (nobles, altamente nobles) o porcelana no están cubiertos. Se permitirá una corona completa de metal fundido. El miembro será responsable de la diferencia.

El beneficio del puente fijo está limitado de la siguiente manera:

- Se utilizarán puentes fijos únicamente cuando un puente parcial no pueda restaurar satisfactoriamente el caso. Si se utilizan puentes fijos cuando un puente parcial podría restaurar satisfactoriamente el caso, se considera un tratamiento opcional y se cubrirá al costo del puente parcial.
- Un puente fijo está cubierto cuando es necesario para sustituir un diente permanente anterior faltante en una persona mayor de 16 años de edad y que la salud oral general del paciente lo permita. En niños menores de 16 años de edad, se considera un tratamiento dental opcional y no tendrá cobertura. Si se realiza a un miembro menor de 16 años de edad, el miembro debe pagar la diferencia del costo entre el puente fijo y un separador.
- Los puentes fijos utilizados para sustituir dientes posteriores faltantes se consideran opcionales cuando los dientes pilares están dentalmente sanos y se coronarían únicamente para propósitos de apoyo del puente y no tienen cobertura.
- Los puentes fijos son opcionales cuando se proporcionan junto con una dentadura parcial en el mismo arco y no tienen cobertura.
- La sustitución de un puente fijo existente únicamente está cubierta cuando no es posible repararla satisfactoriamente.

Prótesis removibles (dentaduras postizas)

Descripción:

El beneficio de prótesis removibles incluye:

- Dentaduras postizas, maxilar completa, mandibular completa, superior parcial, inferior parcial, dientes y sujetadores
- Reforrado o reparación en el consultorio o laboratorio
- Reparación de dentaduras postizas
- Ajuste de dentaduras postizas
- Acondicionamiento de tejidos

SERVICIOS DE ORTODONCIA

Los beneficios de ortodoncia se limitan a los servicios médicamente necesarios. Un servicio de ortodoncia médicamente necesario es un tratamiento para maloclusión de una gravedad tal que el afiliado es:

- incapaz de masticar, digerir o beneficiarse de la dieta,
- la maloclusión interfiere con las funciones normales de comer o hablar,
- la maloclusión representa la posibilidad de una lesión durante las actividades normales.

Limitaciones:

El beneficio de prótesis removibles está limitado de la siguiente manera:

- Las dentaduras postizas parciales no se reemplazarán en el transcurso de cinco años, a menos que:
 1. Es necesario debido a la pérdida de dientes naturales cuando la adición o sustitución del diente a la dentadura postiza parcial existente no sea posible o
 2. La dentadura postiza no es satisfactoria y no es posible hacerla satisfactoria.
- El beneficio dental cubierto para dentaduras postizas parciales está limitado a los cargos de una dentadura postiza de metal fundido de cromo o acrílico si sustituye satisfactoriamente un arco. Si el paciente y el dentista eligen un aparato más elaborado o preciso y no es necesario para sustituir satisfactoriamente un arco, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
- Una dentadura postiza parcial removible se considera una restauración adecuada en un caso en el que hay dientes faltantes en ambos lados del arco dental. Otros tratamientos como casos se consideran opcionales y no estarán limitados al costo de uno parcial.
- Las dentaduras postizas totales superiores o inferiores no se sustituirán en el transcurso de cinco (5) años a menos que la dentadura postiza existente no sea satisfactoria y que no sea posible convertirlas en satisfactorias con reforrado o reparación.
- El beneficio dental cubierto para dentaduras postizas totales estará limitado al nivel de beneficio de un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista seleccionan un tratamiento más personalizado o especializado, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
- Las reparaciones o reforrado en el consultorio o laboratorio están limitadas a una (1) por arco en cualquier período de doce (12) meses consecutivos.
- El acondicionamiento de tejidos está limitado a (2) dos por dentadura postiza
- Cargos de las tarifas de laboratorio reales para dentaduras postizas mandibulares o maxilares completas serán su responsabilidad. Usted será responsable del copago de las dentaduras postizas mandibulares o maxilares completas más cualquier tarifa de laboratorio aplicable. Cargos adicionales de tarifas de laboratorio están limitados a un máximo de \$150.
- Cargos por tarifas de laboratorio reales para las dentaduras postizas superior o inferior parcial, cualquier reparación de dentadura postiza, reparación o reforrado en el laboratorio será su responsabilidad. Usted será responsable del copago más cualquier tarifa de laboratorio aplicable. Cargos adicionales de las tarifas de laboratorio están limitados a un máximo de \$100.

Exclusiones

Exclusiones dentales:

1. Servicios y materiales no enumerados en el alcance de la cobertura, no reconocidos como esenciales para el tratamiento de la condición de acuerdo con los estándares aceptados de práctica o considerados como experimentales.
2. Cargos de procedimientos cosméticos, incluyendo pero no limitados a revestimientos y blanqueado de dientes y procedimientos realizados principalmente por razones cosméticas.
3. Cargos por servicios relacionados con, realizados junto con o que resultan de un servicio no cubierto.
4. Cargos por coronas, incrustaciones y recubrimientos en dientes que se pueden restaurar por medio de materiales de colocación directa.
5. Cargos por reemplazo de coronas, puentes, incrustaciones, recubrimientos o aparato protésico en el transcurso de cinco (5) años a partir de la fecha de la última colocación.
6. Cargos por servicios que se aplican para cubrir un deducible, si existe alguno.
7. Cargos por servicios sujetos a un período de espera.
8. Cargos por implantes, terapia miofuncional, férulas oclusales atléticas, fijaciones de precisión o semiprecisión, tratamiento de fracturas, quistes, tumores o lesiones; prótesis máxilofacial, cirugía ortognática, trastorno de TMJ, paladar hendido o anodoncia.
9. Cargos por ortodoncia, a menos que se incluyan dentro del alcance de la cobertura antes de la finalización del período de 12 meses de espera.

10. Cargos rellenos de composita, resina o blancos en los dientes primarios posteriores. El beneficio se reducirá al de un relleno de amalgama o plateado. Cargos por el reemplazo de un relleno en el transcurso de 24 meses a partir de la colocación a menos que sea debido a razones específicas de la salud.
11. Cargos por el reemplazo de retenedores.
12. Cargos por sellantes no aplicados a dientes molares o bicúspide permanente, aplicados a los 15 años o mayores, aplicados a los tres (3) años desde una aplicación previa de sellante, aplicados a un diente con caries.
13. Cargos por tarifas de laboratorio por coronas de porcelana o materiales superiores, puentes, incrustaciones o recubrimientos.

Exclusiones generales:

1. Cargos en exceso del programa de cobro por servicios prestados contratados o la tarifa razonable y acostumbrada, independientemente de lo que aplique.
2. Cargos por cualquier programa de tratamiento que empiece antes de la fecha en la que el asegurado esté cubierto bajo la póliza.
3. Servicios o materiales por pagar bajo cualquier gasto médico, plan automático o sin mirar responsabilidad.
4. Condiciones cubiertas bajo cualquier Ley de indemnización del trabajador o ley similar.
5. Cargos por servicios aplicados sin costo por alguna municipalidad, condado u otras subdivisiones políticas o para las cuales no habrá ningún cargo en la ausencia del seguro.
6. Cargos que resultan del cambio de un proveedor a otro mientras recibe el tratamiento, o de recibir el tratamiento de más de un proveedor para un procedimiento dental en la medida de que los cargos totales facturados excedan la cantidad incurrida si un proveedor haya realizado todos los servicios.
7. Gastos hospitalarios por cualquier procedimiento dental, incluyendo pero no limitado a los cargos de sala de emergencia, cargos de centro de cirugía, hospitalización.
8. Cargos por medicamentos o despacho de medicamentos.
9. Cargos por control de la placa, grabado ácido, receta médica o llevar a casa el fluoruro, citas canceladas, llenado de un formulario de reclamo, OSHA/tarifas por esterilización (Agencia de Seguridad y Salud Ocupacional) o fotografías del diagnóstico (excepto para propósito de ortodoncia).
10. Cargos por servicios para sustituir dientes que faltaban (extraídos o congénitos) antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Plan. Esta limitación finaliza después de 36 meses de cobertura continua del Plan. Se revisará la elegibilidad de los dientes pilares para obtener los beneficios protésicos. Esta exclusión no aplica si el aparato cubre uno o más dientes naturales perdidos o extraídos mientras tenía cobertura bajo el Plan o si el aparato protésico estaba en su lugar cuando la política entró en vigencia.
11. Servicios incurridos durante un viaje o actividad fuera de los Estados Unidos, excepto los servicios de emergencia cubiertos.

Beneficios y exclusiones de ortodoncia:

Los beneficios de ortodoncia están cubiertos bajo su plan dental después de haber estado afiliado durante 12 meses continuos a partir del 1 de julio de 2010. El Beneficio máximo vitalicio es de \$1,000.

Si necesita servicios de ortodoncia, el tratamiento lo debe proporcionar un ortodontista de la red (contratado). Debe recibir autorización previa para una referencia a especialistas. El tratamiento de ortodoncia se refiere al movimiento correctivo de los dientes a través del hueso alveolar por medio de un aparato activo para corregir una mala oclusión diagnosticada de los dientes. Se considera que el tratamiento inicia el día en que se inserta la banda de aparatos o el día en que se realiza un procedimiento de ortodoncia de un paso.

Los siguientes servicios y materiales tienen cobertura para el tratamiento de ortodoncia:

- Radiografía cefalométrica (se limita a una vez en cualquier período de 2 años)
- Tratamiento de ortodoncia Moldes de yeso para diagnóstico (modelos de estudio), limitado a 1 por persona
- Retención usual, incluyendo retenedores

Los beneficios de ortodoncia se limitan como sigue:

- Los beneficios se limitan a los servicios de ortodoncia médicamente necesarios, manejo de casos por paladar hendido y crecimiento facial para personas cubiertas y se debe autorizar previamente. Los beneficios se limitan a:
 - Deformidad de paladar hendido Si el paladar hendido no es visible, en la documentación de diagnóstico escrita de un especialista acreditado se deberá presentar en papel con su membrete profesional con la solicitud de autorización previa.
 - Anormalidad craneofacial. La documentación escrita de un especialista acreditado se deberá presentar en papel con su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa.
 - Una mordida que incide profundamente en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar.
 - Una mordida de los dientes anteriores individuales que causan la destrucción de los tejidos blandos.
 - Un resalte superior a 9 mm o resalte inverso superior a 3.5 mm.
 - Una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u osteomielitis u otra enfermedad grave). Se debe presentar documentación escrita del trauma o patología se debe presentar con la solicitud de autorización previa.
 - Toda condición, documentada por los modelos de diagnóstico, que verifican una puntuación mínima de 30 puntos sobre el “Registro de evaluación de maloclusión discapacitante” de JA Salzman.
- El afiliado debe tener una puntuación mínima de 30 en el Índice Salzman.
- Los beneficios de ortodoncia no incluyen: cualquier servicio que no sea médicamente necesario, cualquier tratamiento para propósitos cosméticos o cualquier tratamiento para el tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular.

- Los beneficios de ortodoncia están cubiertos hasta el máximo vitalicio de \$1,000.00. El máximo vitalicio aplica a todos los beneficios recibidos a través del programa CHIP, a través de cualquier plan sin importar las brechas de cobertura. El costo del tratamiento de ortodoncia por encima de \$1,000 de máximo vitalicio es la responsabilidad del afiliado.
- El pago se emitirá de manera mensual o trimestral al recibir la verificación del tratamiento continuo.
- Si su cobertura finaliza después del inicio del tratamiento, usted será responsable de cualquier cargo adicional durante el resto del tratamiento.
- Si el tratamiento de ortodoncia del afiliado se interrumpe y las bandas de ortodoncia se retiran prematuramente, entonces el afiliado ya no califica para el tratamiento continuo de ortodoncia.

Servicios quirúrgicos y médicos de un dentista – Excluidos bajo el plan dental

Los servicios que se observan a continuación están cubiertos bajo los planes médicos del CHIP y no bajo los planes dentales del CHIP. Bajo la ley de Utah, es posible que los servicios quirúrgicos y médicos de un dentista los proporcione un médico o un doctor de medicina dental o cirugía dental. Los servicios quirúrgicos y médicos que bajo la ley de Utah los puede prestar un médico o un doctor de medicina dental o cirugía dental, están cubiertos bajo el Contrato médico bajo ciertas condiciones incluyendo, pero no limitado a lo siguiente:

1. Servicios para reparar lesiones o accidentes a dientes naturales sanos están cubiertos bajo el Contrato médico,
2. Cuando un afiliado recibe tratamiento en una sala de emergencia por algún dolor grave de boca o diente, los servicios están cubiertos bajo el Contrato médico. El plan médico reembolsará a dichos proveedores de emergencia con base en el criterio estándar de sala de emergencia o una tarifa de emergencia según los contratos del proveedor del plan médico. Si el médico de la sala de emergencia determina que no es una emergencia y el afiliado requiere los servicios en un nivel menor, el proveedor debe referir al afiliado con un dentista para el tratamiento. Si el problema dental es lo suficientemente grave para que el afiliado sea hospitalizado, el plan médico es responsable de la cobertura de la hospitalización del paciente.
3. El plan médico es responsable de los servicios médicos autorizados/aprobados prestados por cirujanos orales de acuerdo con la lesión, accidente o enfermedad incluyendo, pero no limitado a la extracción de tumores en la boca, fijación y alambrado de una mandíbula fracturada.
4. El centro para pacientes ambulatorios y los cargos de anestesia se pagan bajo el plan médico. Cargos dentales se pagan bajo el plan dental: