

*California Dental Network, Inc.*

La Combinación de  
La Evidencia de Cobertura  
y Forma de Divulgación  
para el Acuerdo  
Individual  
del Suscriptor

**Esta Combinación de la Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor, contiene los términos exactos y condiciones de la Cobertura.**

Esta Combinación de la Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor, divulga los términos y condiciones de la cobertura.

Con respecto a Contratos de Planes individuales del Acuerdo del Suscriptor, contratos de Planes de Acuerdo del Suscriptor para grupos pequeños, y cualquier otro contrato de Plan de Acuerdo del Suscriptor grupal para el cual la asistencia de salud médica no pueden ser negociados, el aplicante tiene el derecho de ver la Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor antes de inscribirse.

Sobre pedido, una copia de La Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación será proporcionada a los padres sin cobertura con custodia de un menor.

La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor deberá ser leído completamente y con cuidado, y los individuos con necesidades especiales de asistencia médica deberán leer con cuidado esas secciones que apliquen a ellos.

Los solicitantes pueden recibir información adicional acerca de los beneficios del Plan llamando al (949) 830-1600, o llamea sin costo al (877) 4-DENTAL.

Los beneficios del Plan dental de salud y la matriz de la cobertura esta localizada al final de La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor.

Miembros tendrán 30 días del recibo de La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor, para cancelar su enrolamiento y recibir un reembolso total de sus primas se ellos no han utilizado el plan.

## **BIENVENIDOS**

California Dental Network, Inc. (CDN) combina la cobertura dental comprensiva con características de ahorros de costo para Miembros y sus familias. Varios procedimientos preventivos son cubiertos sin costo a Miembros, y experimentarán los ahorros significativos basados en los pagos complementarios para procedimientos cubiertos. No hay formas de reclamo que completar, y ningún deducibles ni máximos de beneficios de por vida.

## **I. DEFINICIONES**

Acto significa que el acto del Plan de Servicio de Asistencia Médica de Knox-Keene de 1975 (las Secciones 1340 et seq. del Código de Seguridad de la Salud de California) como enmendado.

Acuerdo o Acuerdo del Suscriptor significa que La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor por el que sus términos limitan la elegibilidad de suscriptores y enrolados. La aplicación de enrolamiento completa y la lista de beneficios Cubiertos bajo el cuál el Miembro se ah inscrito junto con La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor, puede constituir el Acuerdo entero.

Beneficios o Cobertura significa que los servicios de asistencia médicas bajo La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor y la Lista de Beneficios Cubiertos bajo el cual el Miembro esta inscrito.

Lista de beneficios Cubiertos significa los Beneficios Principales y Cobertura que enlistan los Beneficios específicamente cubiertos bajo cada Plan denotando los pagos complementarios requeridos por el Miembro.

Capitación significa una pago mensual ó anual periódico basado en un pago fijo ó predeterminado basado que es pagado al Proveedor.

Pago Complementario significa un honorario adicional cargado a un suscriptor o el enrolado que es aprobado por el miembro de una comisión, proporcionado en el contrato del plan revelado en la evidencia de forma de cobertura o revelación utilizada como la evidencia de la cobertura.

Dependientes significará el cónyuge é hijos dependientes del miembro, tal como se define bajo la sección titulada Dependientes Elegibles.

Cuidado de Emergencia significa atención requerida de inmediato para aliviar el dolor severo o sangrado asociado con problemas dentales y/o diagnostico inmediato y

tratamiento de condiciones dentales imprevistas, que sin diagnóstico inmediato y tratamiento, puede inducir a la incapacidad, disfunción ó muerte.

Exclusiones significa que cualquier provisión en La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor por lo cual la cobertura de un peligro ó una condición específica no es cubierta por CDN o por el Proveedor.

Limitaciones significa cualquier provisión aparte de una Exclusión que restringe la Cobertura bajo La Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación para el Acuerdo Individual del Suscriptor.

Miembro significará cualquier Suscriptor o Dependiente elegible que este enrolado y cuyas primas se pagan bajo el Acuerdo Individual del Suscriptor, la Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación.

Plan es el Plan de CDN é incluirá aquellos Beneficios, Cobertura y otros cargos como mencionados adelante y en el Listado de Beneficios Cubiertos.

Honorarios Prepagados es la cantidad pagada periódicamente por el Suscriptor y Dependientes elegibles Enrolados, para cobertura bajo el Acuerdo del Suscriptor.

Proveedor significa un dentista licenciado por California bajo el contrato de CDN como un dentista general, é incluirá cualquier higienista y técnicos reconocidos por la profesión dental que asiste y actúa bajo la supervisión del dentista, y/ó un especialista que rinde servicios a Miembros en acuerdo con las provisiones del Acuerdo de CDN bajo el cuál el miembro esta enrolado. Los nombres, locaciones, horas, servicios, y otra información referente a facilidades de proveedores de CDN pueden ser obtenidas al contactar la oficina de CDN o el Proveedor individual.

Regulaciones significa aquellas Regulaciones promulgadas y oficialmente adoptadas por el Departamento de Atención Administrada de la Salud.

Especialista significa un dentista que es responsable por el cuidado dental especializado y específico de un miembro en un campo específico dental, tal como es en endodoncias, periodóncia, pedodóntico, cirugía oral ó un ortodoncista, donde el Miembro es referido por CDN.

Suscriptor es la persona que há entrado en un Acuerdo Individual del Suscriptor, la Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación y es responsable por los pagos a CDN.

## **II. COMO USAR CDN**

Además del Acuerdo Individual del Suscriptor, la Combinación de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación y la lista de Beneficios Cubiertos, CDN reparte a cada miembro una Tarjeta de Identificación con el número de teléfono y domicilio de la oficina dental seleccionada. Sobre pedido, una tarjeta de identificación será proporcionada para los padres sin cobertura con custodia de un menor. Esta Tarjeta de Identificación deberá ser presentada cuando los servicios deberán ser rendidos por el Proveedor.

Una lista completa de servicios cubiertos está incluida en la lista de Beneficios Cubiertos con los pagos complementarios requeridos. Los servicios específicamente excluidos de la cobertura del Miembro son encontrados en la sección titulada Exclusiones y Limitaciones. Por favor lea ésta sección con cuidado. Los servicios dentales realizados por un dentista fuera del panel no son cubiertos. Bajo ciertas situaciones de emergencia explicadas bajo la sección titulada Cuidado de Emergencia, servicios prestados por un dentista general no contratado puedan ser cubiertos.

## **III ELEGIBILIDAD**

Suscriptores y Dependientes elegibles deberán vivir o trabajar dentro del área de servicios aprobada por CDN para ser elegibles para los Beneficios a continuación. Cuando la aplicación y el pago son recibidos y aprobados para el 20 del mes, la elegibilidad empezará el primero del próximo mes.

## **IV. DEPENDIENTES ELEGIBLES**

Los Dependientes elegibles de un Miembro son el cónyuge por ley é hijos Dependientes. Un dependiente elegible incluirá a) un hijo nacido fuera de matrimonio. b) un hijo no reclamado como dependiente en el regreso de los impuestos federales de los padres y c) un hijo que no reside con el padre ó dentro del área de servicio del Plan. La Cobertura de todo recién nacido comenzará desde y después al momento de nacer. Niños adoptados, hijastros y un niño cuya responsabilidad legal corresponde a los tribunales (foster child) serán cubiertos desde y después del día de colocación. Con excepción a lo indicado anteriormente, Dependientes serán elegibles para cobertura el primer día del siguiente mes de la fecha que el suscriptor es elegible para cobertura, ó en el día que el suscriptor adquiere a dicho dependiente, el que sea mas reciente. En el caso que uno de los padres es elegible para cobertura, el Plan deberá a) permitirle al padre a enrolar bajo el Plan a cualquier niño que es de otro modo elegible enrolarse para la cobertura, sin consideración a cualquier restricción de periodo de inscripción, b) enrolar al niño, si el padre falla en hacerlo, sobre la presentación de la orden de corte ó la petición fiscal del distrito, el otro padre ó persona que tiene custodia.

Dependientes deberán de incluir todo hijo soltero bajo la edad de 19 años que dependa principalmente del suscriptor para apoyo y mantenimiento. Extensiones de elegibilidad podrán ser hechas hasta la edad de 23 años para hijos solteros que dependan principalmente y este registrado como estudiante regular, con asistencia de tiempo completo a una escuela acreditada, colegio ó universidad (será requerido del suscriptor el proveer comprobante del estatus de tiempo completo).

La cobertura no terminará mientras el hijo Dependiente esté y continúe siendo:

- Incapaz de auto-mantenimiento por la razón del atraso mental ó la desventaja física, y
- Principalmente dependiente del suscriptor para el apoyo y mantenimiento con tal que el suscriptor proporcione la prueba de tal incapacidad y la dependencia de CDN dentro de 31 días de que el niño alcance la edad limite mencionada anteriormente, y cada 2 años después, si es solicitado por CDN.
- En el caso de que uno de los padres sea requerido por la corte ó una orden administrativa a proveer cobertura para el niño, el Plan no desenrolará ó eliminara la cobertura a menos de que: a) el empleador haya eliminado la cobertura para todo empleado, b) el Plan es suministrado con evidencia por escrito satisfactoria que la orden de corte ó la orden administrativa ya no es vigente, ó c) el niño esta ó será inscrito en otro ó un Plan comparable que será efectivo a mas tardar el día efectivo del **desenrolamiento**.

## **V. SELECCION DE PROVEEDOR Y COMPENSACION AL PROVEEDOR**

**FAVOR DE LEER LA SIGUIENTE INFORMACION PARA QUE USTED SEPA DE QUIEN O DE QUE GRUPOS DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER CUIDADO DENTAL.**

Usted puede seleccionar cualquier Proveedor de CDN para el cuidado dental de usted y su familia. Todo miembro de la familia DEBERA usar la misma oficina dental y el suscriptor del Plan deberá vivir ó trabajar dentro del área de servicio de CDN dentro de California. La petición de cambio de oficina dental se podrá hacer por contactar a CDN Llamando gratis al 1-877-433-6825 ó por petición por escrito a la oficina de CDN. Cualquier tipo de cambio será efectivo el primer día del siguiente mes de la fecha de aprobación si el pedido es recibido por CDN para el 20 del mes. CDN pueda que requiera hasta 30 días para procesar dicha petición. Todo honorario del Miembro y pago Complementario deberán ser pagados por completo antes de tal transferencia.

**Una copia de la política de CDN con respecto a segunda opiniones esta disponible sobre pedido al Departamento de Servicios al Cliente de CDN.**

En consideración al desempeño del Proveedor de servicios hechos disponibles y/o rendidos a Miembros según el Acuerdo Individual del Suscriptor, Combinación de la Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación y la lista de Beneficios Principales y Cobertura, la compensación al proveedor sera:

- Los pagos complementarios hechos directamente al Proveedor de CDN por el Miembro como mencionado en la Lista de Beneficios y la Forma de Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación, y
- La Capitación pagada al Proveedor por CDN y/o
- Cualquier reembolso directo por CDN basado en servicios específicos proporcionados como permitidos por nuestro Acuerdo de Servicios Dentales con el Proveedor.

CDN no tiene, en ningún Acuerdo con el Suscriptor y/ó acuerdo con el Proveedor ú otro profesional licenciado de asistencia médica, como tal término de acuerdo de compensación que incluye un pago específico o compensación hecha directa, en cualquier tipo ó forma, como un incentivo para negar, reducir, limitar ó demorar, cualquier servicio específico médicamente necesario ó apropiado.

## **VI. FACILIDADES**

Oficinas dentales participantes de CDN están abiertos durante horas de oficina normales y algunas oficinas abren horas limitadas en Sábado. Por favor recuerde, si usted no puede mantener su cita planeada, usted debe notificarle a su oficina dental por lo menos con 24 horas de anticipación ó puede ser responsable de una tarifa por cita cancelada sin notificación (favor de referirse a la Lista de Beneficios Cubiertos).

## **VII. HONORARIOS PREPAGADOS**

Suscriptores concuerdan que CDN proporcionará servicios mencionados en el Acuerdo Individual del Suscriptor, la Combinación de la Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgación, a las tarifas en Forma de Inscripción y la Lista de Beneficios Cubiertos sobre el pago mensual o el anual prepagado. La Tarifa Prepagada será enviada a CDN.

## **VIII. OBLIGACION DE PAGO DEL MIEMBRO**

Por el estatuto, cada Acuerdo del Suscriptor entre CDN y el Proveedor participante deberá proveer que en el caso de que CDN falte a pagarle al Proveedor, el Miembro no será responsable con el Proveedor de cualquier suma debida por CDN.

En el caso de que CDN no pague a proveedores no contratados, el Miembro puede ser responsable de los pagos de servicios rendidos con el proveedor no contratado.

Miembros serán responsables por todo cargo suplementario, incluyendo el pago complementario del miembro, deducibles y procedimientos no cubiertos como Beneficios del Plan.

## **IX. COORDINACION DE BENEFICIOS**

En la situación de que un Miembro este cubierto por otro plan ó póliza que proporcione cobertura, beneficios ó servicios (plan) que sean beneficios cubiertos bajo este Plan, entonces los beneficios de este Plan serán coordinados con el otro plan de acuerdo a las regulaciones en “Coordinación de Beneficios”. Éstas regulaciones determinan cual plan es el primario y cual es el secundario bajo varias circunstancias. Generalmente, un plan grupal resulta ser primario sobre un plan individual y el plan cubriendo al Miembro como suscriptor es primario sobre un plan cubriendo al Miembro como dependiente. Típicamente, la Coordinación de Beneficios resultaran en lo siguiente:

*Si la otra cobertura es un plan grupal de indemnidad:*

Si la cobertura de indemnidad grupal es la primaria, el proveedor le cobrara al plan sus Honorarios Usuales y de Costumbre, y al Miembro se le cobrara el pago complementario bajo el plan secundario menos la cantidad recibida de la cobertura primaria.

Si la cobertura de indemnidad grupal es el secundario, el proveedor le cobrara al plan la cantidad del pago complementario bajo el plan primario, y el Miembro será responsable por el pago complementario bajo el plan primario menos la cantidad pagada por el plan secundario.

*Si la otra cobertura es un plan prepagado:*

Si el proveedor participa en ambos planes, el Miembro deberá ser cobrado la cantidad de de pago complementario mas baja de los dos planes.

Si el proveedor no participa en ambos planes, el plan en el que el proveedor participa será el primario, y el otro plan típicamente negara cobertura porque el Miembro recibe servicios de un proveedor no participante.

Miembros no podrán recibir beneficios por más de su costo de fuera del bolsillo por los servicios proporcionados como resultado de la Coordinación de Beneficios.

Una copia de las regulaciones de la Coordinación de Beneficios podrá ser obtenida de CDN.

**Este plan individual es secundario a toda cobertura de grupo que tenga el miembro.**

El Plan y/o sus proveedores que lo tratan se reservan el derecho de recuperar el costo o el valor, como mencionado en la Sección 3040 del Código Civil, de los servicios cubiertos proporcionados a un Miembro que resultaron de o fueron causados por terceros que son subsiguientemente determinados como responsables de la herida al Miembro.

## **X. CUIDADO DE EMERGENCIA**

CDN cubre servicio dental de emergencia las 24 horas del día, siete días a la semana, a todo Miembro. Usted solo ocupa contactar a la oficina del Proveedor seleccionado que hará los arreglos para tal cuidado de emergencia dental. Si su oficina del Proveedor seleccionado no esta disponible durante horas de oficina normales, lláme gratis a la oficina de CDN al 1-877-4-DENTAL para instrucciones. En el caso de una emergencia después de horas, y su proveedor dental seleccionado no esta disponible, usted puede obtener el servicio de emergencia de un dentista licenciado. Usted solo necesita someter a CDN, a la dirección listada aquí, la cuenta contraída como resultado de la emergencia dental, la evidencia del pago y una breve explicación de la indisponibilidad de su Proveedor. Un padre no cubierto de un niño con cobertura puede someter un reclamo de reembolso para el cuidado de emergencia sin la aprobación del padre cubierto, en tal caso el padre no cubierto será reembolsado. Sobre la verificación de la indisponibilidad de su Proveedor, CDN le reembolsará hasta \$50.00 para el costo de servicios de emergencia, menos cualquier pago complementario del miembro aplicable.

Los Enrolados son alentados a utilizar apropiadamente “911” el sistema de respuesta de emergencia, en áreas donde el sistema este establecido y operando, cuando usted tiene una condición medica de emergencia que requiere de una respuesta de emergencia.

## **XI. PROVISION DE REEMBOLSO PARA CUIDADO FUERA DEL AREA**

Miembros y Dependientes enrolados están cubiertos para tratamiento dental de emergencia a surgir mientras temporalmente a más de 50 millas de su oficina seleccionada de CDN.

El reclamo de reembolso de un Miembro deberá ser sometido dentro de 60 días y CDN le reembolsará a Miembros dentro de 30 días, para cualquier gasto de emergencia en conexión a tal hasta \$50.00 por persona por año, sobre presentación de la declaración detallada del dentista tratándolo indicando los servicios proporcionados. Un padre no

cubierto de un hijo cubierto puede someter un reclamo de reembolso para una emergencia fuera del área sin la aprobación de padre cubierto, en cierto caso el padre no cubierto será reembolsado. Servicio de emergencia dental es reconocido como tratamiento dental para el alivio de dolor, sangrado ó cualquier condición que pueda resultar en incapacidad o

muerte y cubre solamente los servicios requeridos para dicha condiciones. Sométa todo reclamo de reembolso a CDN a la dirección listada en este.

## **XII. REFERENCIAS PARA ESPECIALISTAS**

No todo dentista es capaz de realizar cada uno de los servicios listados en este, y basado sobre la condición del Miembro, puede que ciertos procedimientos no esten dentro del alcance de la práctica o la habilidad de un dentista general. En tales casos, el dentista general se referirá al miembro a un especialista dental. **El costo de los servicios proporcionados por el especialista dental no es un beneficio cubierto bajo este plan**, sin embargo, En caso de que el Proveedor de un Miembro de CDN determine que el servicio de un especialista es requerido para el tratamiento del Miembro, CDN le enviara al Miembro, y/ó al padre no cubierto de un hijo con cobertura, una carta autorizando tratamiento, incluyendo el nombre y dirección del especialista de CDN mas cercano a su área. Si una referencia de emergencia es determinada, el Proveedor del Miembro contactara a CDN y harán los pronto arreglos para el tratamiento de la especialidad. Todo pedido para cuidado de especialidad debe ser previamente aprobado. Tanto el proveedor general y el paciente serán notificados por escrito de la aprobación ó negación.

Una copia por escrito de las políticas del Plan para la Revisión de la Utilización y la Referencia para Especialista están disponibles sobre pedido.

Si usted requiere servicios de cualquier especialista sin previa autorización por escrito de CDN, usted será responsable de los honorarios del especialista por cualquier servicio otorgado.

## **XIII. CONTINUACION DE LA COBERTURA CONDICION AGUDA O CONDICION GRAVE CRONICA**

Sobre el pedido del enrolado, el Plan hace, bajo ciertas circunstancias, arreglos para la continuación de la cobertura rendida por un proveedor terminado a un enrolado que esta bajo un curso de tratamiento de un proveedor terminado para una condición aguda ó condición grave crónica. En el evento de que el enrolado y el proveedor terminado califiquen, el Plan proporcionará los servicios dentales en un tiempo oportuno y apropiado de hasta 90 días ó mas si es necesario, para una transferencia segura a otro proveedor como determinado por el Plan en consulta con el proveedor terminado, consistente con la buena práctica profesional.

El pago de los pagos complementarios, deducibles, ú otro componente de costo compartido por el enrolado durante el periodo de continuación de cuidado con un proveedor terminado será el mismo pago complementario, deducible, ú otro componente de costo compartido que serán pagados por el enrolado al recibir cuidado de un proveedor actualmente en acuerdo suscriptor con ó empleado por el Plan. El Plan no cubrirá

servicios ni proporcionará beneficios que de otra manera es cubierto bajo los términos y condiciones del plan acuerdo del plan suscriptor.

Para el propósito de ésta sección:

“Proveedor Terminado” significa un proveedor que esta en acuerdo suscriptor para proporcionar servicios a enrolados en el Plan está terminado ó no se ha renovado por el Plan ó por uno de los grupos de proveedores en acuerdo suscriptor por el Plan. Un proveedor terminado no es un proveedor que voluntariamente deja el Plan ó grupo de proveedores en acuerdo suscriptor.

“Condición Aguda” significa una condición médica que implica síntomas repentinos debido a una enfermedad, debido a una herida, ó debido a un problema médico que requiere la atención médica pronta y eso tiene una duración limitada.

“Condición Crónica Seria” significa una condición médica grave debido a una enfermedad, ú otro problema médico ó desorden médico que es grave por naturaleza, y esto hace cualquiera de los siguientes:

- (a) Persiste con curación completa ó empeora sobre un periodo de tiempo prolongado.
- (b) Requiere de tratamiento en marcha para mantenerlo en remisión ó prevenir el empeoramiento.

Para solicitar la consideración de la continuación de los servicios de un proveedor porque usted tiene una condición aguda ó grave crónica, lláme o escriba al Plan.

#### **XIV. EXCLUSIONES**

- Anestesia general, analgesia (óxido nitroso), sedante intravenoso, ó los servicios de un anesesiólogo.
- Tratamiento de fracturas ó dislocaciones; malformaciones congénitas; malignidades, quistes, ó neoplasmas; o síndrome de conjunto temporomandibular (TMJ).
- Extracciones ó radiografías para tratamiento de ortodoncia.
- Medicina de prescripción y medicina sin prescripción.
- Cualquier servicio incluyendo implantes ó procedimientos experimentales.
- Cualquier procedimiento hecho con fin cosmético, opcional ó propósito estético.

- Cualquier procedimiento para reemplazar ó estabilizar la estructura del diente por motivo de desgaste, ó por abrasión ó por la erosión ó bruxismo.
- Cualquier tratamiento no listado específicamente como Beneficio cubierto.
- Servicios proporcionados fuera de la oficina del dentista general de CDN que el Miembro ha seleccionado, ó fue asignado, para recibir servicios cubiertos, a menos de ser autorizado específicamente por CDN.
- Servicios que, en la opinión del presente dentista de CDN, no puede ser realizado por motivo de limitaciones físicas ó de comportamiento del Miembro.
- Servicios por heridas ó condiciones, que fueron causadas por actos de Guerra, ó que sean cubiertas bajo la Compensación de Trabajadores ó Leyes de Obligación de Empleadores.
- Servicios que, en la opinión del presente dentista de CDN no son necesarios para la salud dental del Miembro ó que tengan un pronóstico pobre.
- Gastos incurridos con respecto a cualquier procedimiento dental empezado antes de la fecha de vigencia de la Cobertura ó después de la terminación de la Cobertura.
- Costos de Hospital de cualquier tipo.
- Perdida ó robo de dentaduras completas ó parciales.
- Cualquier procedimiento ó aparato con el propósito de corregir el contorno, el contacto, la oclusión ó para cambiar la dimensión vertical.
- Daño causado a los dientes debido a hábitos perjudiciales incluyendo, pero no limitado á, joyas de boca, perforaciones de la lengua, etc.

#### **XV. LIMITACIONES**

- Profilaxis (limpieza dental) se limita a una vez cada seis meses.
- Tratamiento de fluoruro esta cubierto una vez cada 12 meses para Miembros hasta la edad de 14 años.
- Radiografías ínter proximales individuales se limitan a una serie de cuatro cada 12 meses.
- Radiografías completas se limitan a una vez cada 24 meses.

- Tratamiento periodontal (curetaje subgingival y raspado de sarro) se limitan a un tratamiento por cuadrante en un periodo de 12 meses.
- Puente fijo será cubierto únicamente cuando un parcial no puede restaurar satisfactoriamente el caso. Si el puente fijo se usa cuando el parcial puede restaurar el caso satisfactoriamente, el puente fijo es considerado tratamiento opcional.
- El reemplazo de la dentadura parcial se limita a una vez cada 5 años, a menos de que sea necesario debido a la pérdida natural de dientes donde la adición o reemplazo de dientes al parcial existente no sea posible.
- Las dentaduras completas superiores y/o inferiores no deberán de exceder de una cada periodo de cinco años. El reemplazo será cubierto por CDN para una dentadura existente completa ó parcial solamente si es inservible y no puede ser utilizable ni con ajuste ó con reparación.
- Revestir la dentadura se limita a uno por arco en un periodo de 12 meses.
- Sellantes cuando cubiertos se limitan a permanentes primero y molares Segundo para Miembros hasta la edad de 14 años.
- Reemplazo de una restauración es cubierta sólo cuando es dentalmente necesario.
- Reemplazo de un puente existente es cubierto sólo cuando no se puede reparar satisfactoriamente.
- Servicios de un especialista son Beneficios cubiertos solo cuando listados específicamente, y cuando cubiertos.
- Referencias Pedodonticas son limitadas a aquellos programas de Beneficios que tienen Cobertura de Especialistas y son limitadas a Miembros hasta la edad de 5, y a 50% de los honorarios del pedodontista a un máximo de **\$500.00 por miembro** por año.
- Tratamiento Opcional – Si (1) un procedimiento, servicio ó curso alternativo menos costoso del tratamiento se puede realizar en lugar del tratamiento propuesto para corregir una condición dental, como determinado por el plan; y (2) el tratamiento alerno producirá un resultado satisfactoriamente profesional con un pronostico bueno; entonces el gasto dental, elegible y máximo a ser considerado para el pago será el tratamiento menos costoso.
- Coronas se limitan a cinco por arco por año.

## **XVI. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES ADICIONALES PARA ORTODONCISTAS**

- Tratamiento Ortodontico deberá ser proporcionado por un Ortodontista participante de CDN y el Miembro deberá permanecer elegible durante el periodo de tratamiento ortodontico activo. Miembros que pierdan la elegibilidad durante

tratamiento serán cargado los honorarios usuales y de costumbre del Ortodontista que trata para cualquier tratamiento sin terminar.

- Beneficios Ortodonticos son para 24 meses de tratamiento activo. Tratamiento en exceso de 24 meses (tratamiento extendido) será disponible con el Ortodontista participante de CDN a los honorarios usuales y de costumbre. Los miembros cuyo tratamiento es extendido a causa de incumplimiento bruto ó que cambiaron de Proveedores mientras en tratamiento activo contraerá los cargos adicionales.
- Miembros que sean de la edad de 18 años o menos, en la fecha que las bandas ortodonticas son colocadas, son elegibles para el pago complementario de transición ó adolescente. Todo Miembro restante son considerados adultos y son sujetos a los pagos complementarios de adulto.
- A menos de ser listado específicamente en el Sumario de Beneficios, los siguientes servicios ortodonticos no son Beneficios cubiertos bajo este Acuerdo:
  - \* Estudio de modelos y trabajo diagnostico inicial
  - \* Radiografías con Propósito Ortodontico
  - \* Cefalogramas y Fotografías
  - \* Extracciones con Propósito Ortodontico
  - \* Fase I de tratamiento Ortodontico
- Los siguientes no deberán ser incluidos como Beneficio Ortodontico:
  - \* Reemplazo ó reparación de aparatos rotos ó robados,
  - \* Re-tratamiento de casos ortodontico,
  - \* Tratamientos empezados ó en progreso antes de la elegibilidad del Miembro,
  - \* Cambios en el tratamiento necesarios debido a un accidente,
  - \* Tratamiento Ortodontico que involucre:
    - Cirugía Maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hundido, micrognatia, macroglossia
    - Quirúrgicamente exponiendo dientes impactados (ejemplo: colmillo maxilar),
    - Desequilibrio hormonal ú otros factores que causen desarrollo y crecimiento anormal,
  - \* Tratamiento relacionado a trastornos de conjunto temporomandibular (TMJ),
  - \* Aparatos vinculados, directos y lingualmente colocados y alambrados de arco -“braquetes invisibles”

- \* Casos implicando ortodoncia quirúrgica.
- \* Anomalías dentomaxilares severos ó mutilados.

### **XV. TERMINACION DE BENEFICIOS**

Tanto CDN ó el Miembro pueden cancelar este Acuerdo de Suscriptor si cualquier partido viola los terminos o las condiciones de este Acuerdo De Suscriptor. La terminacion del plan de la salud sera efectiva el ultimo día del mes en el que la terminacion de este acuerdo de suscriptor ocurre.

Si el Acuerdo Individual del Suscriptor es terminado porque el Suscriptor no ha remitido a CDN ningun honorario debido, y entonces paga a CDN para la fecha que se debe el proximo pago, el Acuerdo del Suscriptor se reintegrada automáticamente como si nunca hubiera terminado.

Este Acuerdo del Suscriptor sera terminado por falta del Suscriptor de remitir los honorarios de pagos por adelantado, o proporcionar la lista de elegibilidad requerida, en tal caso se le dara al Suscriptor un aviso de 15 dias por escrito. Es Suscriptor tendra 15 dias para remitir los honorarios apropiados del pago por adelantado, cuando debidos, al recibir la notificación, que remedia el incumplimiento.

Ambos partidos acuerdan que CDN tendra el derecho absoluto a terminar este Acuerdo del Suscriptor si el Suscriptor falta a remitir el Honorario de Pago por Adelantado o la lista de elegibilidad, dentro de 15 dias después de la notificación. En el caso de una cancelacion por parte del Plan (excepto en el caso de un fraude o desepcion