



Preferred Care

Plan Dental Individual, Familiar, para Adultos Mayores y Trabajadores por Cuenta Propia

Suscrito y Administrado por:

EMI Health | Total Dental Administrators Health Plan, Inc. (TDAHP)

Conserve este documento como su folleto de inscripción y membresía del plan

Sección I: Información del Plan

Bienvenido a EMI Health | TDA Preferred Care

EMI Health, a través de su programa TDA, ofrece un Plan Dental Prepagado integral que tiene contratos con dentistas privados establecidos para brindarle atención dental conveniente, asequible y de calidad.

La Cobertura del Plan Incluye	Ventajas del Plan
Diagnóstico	Ortodoncia
Preventivo	Sin deducibles
Restaurativo	Sin formularios de reclamos
Endodoncia	Sin máximos anuales o de por vida
Periodoncia	Sin exclusiones de la industria
Prostodoncia	Cubre condiciones preexistentes (excepto procedimientos en curso)
Cirugía Oral	Cubre ortodoncia (frenos)
ATM	Servicio local
Ortodoncia	

Consulte la Tabla de Beneficios y Copagos en las páginas siguientes para obtener un listado detallado de los procedimientos cubiertos.

Tarifas Mensuales Bajas

La inscripción en el plan es por 12 meses y es renovable cada año en su fecha de aniversario del plan con el pago continuo de la prima. Los beneficios y las tarifas están sujetos a cambios. Cualquier aviso de cambio en la cobertura de beneficios o las primas se le proporcionará por escrito con sesenta (60) días de anticipación. Comuníquese con su corredor o con EMI Health si tiene alguna pregunta.

Prima del Plan Prepagado / DHMO	Cuota Mensual
Individual	\$16.72
Individual + 1	\$28.47
Individual + 2 o más	\$44.16

Cómo Inscribirse

1. Complete la solicitud dental adjunta. Incluya información sobre su cónyuge y/o hijos si solicita cobertura para dependientes.
2. Seleccione el consultorio dental general que usted y sus dependientes desean usar del Directorio de Proveedores Participantes. Puede obtener un directorio comunicándose con su corredor, llamando a EMI Health o visitando emihealth.com/ProviderSearch.
3. Todos los miembros de la familia deben recibir atención en el mismo consultorio dental general. Cada centro dental participante tiene un Número de Proveedor que aparece a la izquierda del consultorio dental.

Asegúrese de usar el CÓDIGO del Número de Proveedor para identificar su selección en la solicitud dental. Devuelva su solicitud dental a su corredor o a EMI Health para su procesamiento.

4. El pago de la prima se realiza a EMI Health. El pago mensual de la prima puede realizarse con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard o Discover) o por débito bancario de cuenta corriente (transferencia electrónica de fondos / EFT).

What's Inside

Sección I: Información del Plan

Sección II: Tabla de Beneficios y Copagos

Sección III: Copagos

Sección IV: Atención Especializada

Sección V: Fecha de Vigencia de la Cobertura

Sección VI: Proveedores Participantes del Plan

Sección VII: Atención de Emergencia

Sección VIII: Programación de Citas

Sección IX: Identificación del Plan

Sección X: Exclusión de Compensación a Trabajadores

Sección XI: Exclusión de Terceros

Sección XII: Terminación

Sección XIII: Registros Dentales

Sección XIV: Consultas de Servicio al Cliente

Sección XV: Quejas y Apelaciones

Sección XVI: Quejas y Apelaciones Formales

Sección XVII: Principales Exclusiones y Limitaciones

Comparación de Costos de Muestra

La siguiente tabla muestra ejemplos de cuánto puede ahorrar en procedimientos dentales comunes con el plan Preferred Care. Los ahorros reales varían según el procedimiento y el proveedor.

Código ADA	Procedimiento	Tarifa Usual y Habitual*	Copago del Plan	Ahorro (\$)	Ahorro (%)
PREVENTIVO / DIAGNÓSTICO					
D0274	Radiografías de mordida, cuatro imágenes	\$8	\$8	\$76	90%
D0150	Examen oral inicial	\$5	\$5	\$105	95%
D1110	Adulto — profilaxis (limpieza)	\$12	\$12	\$102	89%
D9430	Visita al consultorio	\$0	\$0	\$100	100%
RESTAURATIVO					
D2140	Amalgama — una superficie	\$205	\$15	\$190	93%
D2150	Amalgama — dos superficies	\$267	\$25	\$242	91%
D2330	Resina — una superficie	\$208	\$35	\$173	83%
D2331	Resina — dos superficies	\$257	\$45	\$212	82%
CORONA Y PUENTE					
D2750	Corona, porcelana, metal noble	\$1,275	\$625**	\$650	51%
D2950	Reconstrucción de corona, incluyendo pernos	\$335	\$85	\$250	75%
ENDODONCIA					
D3310	Terapia de conducto — anterior	\$1,000	\$275	\$725	73%
D3330	Terapia de conducto — molar	\$1,350	\$475	\$875	65%
CIRUGÍA ORAL					
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíces expuestas	\$225	\$60	\$165	73%
D7220	Impactación de tejido blando	\$385	\$120	\$265	69%
PRÓTESIS					
D5110	Dentadura completa superior o inferior	\$2,102	\$800**	\$1,302	62%
D5212	Dentadura parcial superior o inferior	\$1,931	\$600**	\$1,331	69%
PERIODONCIA					
D4260	Cirugía ósea, por cuadrante	\$1,581	\$475	\$1,106	70%

* La tarifa usual es un promedio de las tarifas dentales en todo el estado. Los copagos listados incluyen tarifas de laboratorio donde están marcados **. Las tarifas de laboratorio pueden variar; consulte a su proveedor para más detalles.

Información del Plan Dental

Este documento explica los beneficios, limitaciones, exclusiones, disposiciones y condiciones de su cobertura con EMI Health bajo el plan TDA Preferred Care. Especifica cualquier derecho a beneficios que pueda tener. Si la información en este documento puede interpretarse de manera diferente a cualquier otro documento del plan, este documento prevalecerá. Puede examinar este documento en cualquier momento, incluso antes de solicitarlo, comunicándose con su corredor o con EMI Health en:

EMI Health | TDA

5101 S. Commerce Dr., Murray, UT 84107

Encuentre un proveedor: emihealth.com/ProviderSearch

Servicio al Cliente: (800) 662-5851

Teléfono: (800) 662-5851 | emihealth.com

Lea este documento con atención para tener una comprensión completa del plan y lo que podría significar para usted y su familia. Este documento es nulo y sin efecto si no tiene derecho a la cobertura dental o ha dejado de tenerlo.

Elegibilidad

- A. Las personas de cualquier edad que vivan, trabajen o residan en el estado de Arizona y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en este plan Individual Prepagado / Dental HMO.
- B. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge y sus hijos hasta los 26 años (independientemente del estado civil o de estudiante), o un dependiente de 26 años o más que haya estado cubierto continuamente bajo este plan y que, antes de los 26 años, haya sido certificado por un médico como incapaz de mantenerse a sí mismo debido a una discapacidad física o mental.
- C. Los dependientes de un suscriptor que estén en servicio militar activo no son elegibles para la cobertura bajo el plan.

La elegibilidad de todas las personas cubiertas para recibir beneficios bajo el plan dependerá, en todo momento, de que se haya realizado el pago mensual correspondiente de la prima para dichas personas cubiertas al día.

Sección II: Tabla de Beneficios y Copagos

Plan: TDA Preferred Care

Código ADA	Descripción del Procedimiento	Copago
DIAGNÓSTICO		
D0120	Evaluación oral periódica (2 cada 12 meses)	\$5
D0120	Evaluación oral periódica (adicional)	\$15
D0140	Evaluación oral limitada (enfocada en el problema)	\$15
D0145	Examen oral para paciente menor de 3 años	\$5
D0150	Examen oral integral (2 cada 12 meses)	\$5
D0150	Examen oral integral (adicional)	\$21
D0180	Evaluación periodontal integral (2 cada 12 meses)	\$15
D0210	Intraoral — serie completa de imágenes radiográficas (1 cada 5 años)	\$12
D0220	Imagen periapical individual	N/C
D0230	Imagen periapical: cada imagen adicional	N/C
D0270	Radiografía de mordida, imagen individual	N/C
D0272	Radiografías de mordida, dos imágenes (una vez en un período de 12 meses)	\$8
D0274	Radiografías de mordida, cuatro imágenes (una vez en un período de 12 meses)	\$8
D0277	Radiografías de mordida verticales, 7 a 8 imágenes (una vez en un período de 12 meses)	\$8
D0330	Imagen panorámica (1 cada 5 años)	\$12
D0470	Modelos de diagnóstico	N/C
D9310	Consulta	N/C
D9430	Visita al consultorio	N/C
PREVENTIVO		
D1110	Profilaxis, adulto (2 cada 12 meses)	\$12
D1110	Profilaxis, adulto (adicional)	\$39
D1120	Profilaxis, niño (2 cada 12 meses)	\$12
D1120	Profilaxis, niño (adicional)	\$27
D1206	Tratamiento con flúor (una vez en período de 12 meses hasta los 15 años)	\$2
D1310	Planificación dietética	N/C
D1330	Educación dental preventiva, cuidado en el hogar	N/C
D1351	Sellador, por diente	\$15
D1510	Mantenedor de espacio — fijo unilateral	\$180
D1515	Mantenedor de espacio — fijo bilateral	\$185
D1520	Mantenedor de espacio — removible unilateral	\$180
D1525	Mantenedor de espacio — removible bilateral	\$200
D1550	Recementar mantenedor de espacio	\$22
RESTAURATIVO		
D2140	Amalgama — 1 superficie, permanente	\$15
D2150	Amalgama — 2 superficies, primaria o permanente	\$25

Código ADA	Descripción del Procedimiento	Copago
D2160	Amalgama — 3 superficies, primaria o permanente	\$35
D2161	Amalgama — 4 o más superficies, primaria o permanente	\$45
D2330	Resina — 1 superficie anterior	\$35
D2331	Resina — 2 superficies anterior	\$45
D2332	Resina — 3 superficies anterior	\$60
D2335	Resina — 4 o más superficies anterior	\$75
D2391	Resina — 1 superficie posterior	\$50
D2392	Resina — 2 superficies posterior	\$75
D2393	Resina — 3 superficies posterior	\$85
D2394	Resina — 4 o más superficies posterior	\$95
D2510-30	Incrustación metálica, 1-4 superficies	20% de descuento
D2542-44	Onlay metálico, 2-4 o más superficies	20% de descuento
D2710	Corona acrílica (plástico) — procesada en laboratorio	\$248
D2720-22	Corona acrílica con metal	\$465
D2740-52	Corona — porcelana	\$625
D2750	Corona — porcelana fusionada a metal noble alto	\$625
D2751	Corona — porcelana fusionada con metal base predominante	\$595
D2752	Corona — porcelana fusionada a metal noble	\$595
D2780-83	Corona metálica 3/4	\$650
D2790-92	Corona — colado completo de metal noble alto	\$650
D2910-20	Recementar corona, incrustación, solo carilla	\$35
D2930	Corona de acero inoxidable, diente primario	\$125
D2932	Corona de resina prefabricada	\$175
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$120
D2934	Corona estética prefabricada de acero inoxidable recubierta — diente primario	\$150
D2940	Empaste sedante	\$35
D2950	Reconstrucción de corona, incluyendo pernos	\$85
D2951	Retención con perno, por diente	\$20
D2952	Poste y núcleo colado	\$135
D2954	Poste y núcleo prefabricado	\$135
D2960	Carilla labial laminada — en consulta	\$350
D2980	Corona temporal (diente fracturado)	\$100
ENDODONCIA**		
<i>El tratamiento de un especialista del plan DEBE ser preaprobado por el plan ANTES de prestar cualquier servicio.</i>		
D3110/20	Recubrimiento pulpar (directo, indirecto)	\$20
D3220	Pulpotomía terapéutica	\$60
D3310	Terapia de conducto — anterior	\$275
D3320	Terapia endodóntica, premolar (excluyendo restauración final)	\$375
D3330	Terapia endodóntica, molar (excluyendo restauración final)	\$475

Código ADA	Descripción del Procedimiento	Copago
D3346-48	Retratamiento de endodoncia previa (anterior, premolar, molar)	20% de descuento
D3351-53	Apexificación / recalcificación (inicial, intermedia, final)	20% de descuento
D3410	Apicectomía por diente (solo anterior)	\$350
D3421	Apicectomía por diente (bicúspide)	\$400
D3425	Apicectomía por diente (molar)	\$450
D3426	Apicectomía por diente (cada adicional)	\$190
D3430	Retroobtención, por diente	\$95
D3450	Amputación radicular	\$195
D3920	Hemisección	\$165
PERIODONCIA**		
<i>El tratamiento de un especialista del plan DEBE ser preaprobado por el plan ANTES de prestar cualquier servicio.</i>		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, por cuadrante	\$265
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, por diente	\$150
D4240	Procedimiento de colgajo gingival incl. raspado y alisado, 4+ dientes	\$295
D4241	Procedimiento de colgajo gingival incl. raspado y alisado, 1-3 dientes	\$175
D4260	Osseous surgery / quad (flap entry & closure), 4+ teeth	\$475
D4261	Osseous surgery / tooth (flap entry & closure), 1-3 teeth	\$250
D4320	Ferulización provisional — intracoronaria	\$150
D4321	Ferulización provisional — extracoronaria	\$125
D4341	Periodontal scaling & root planing, per quadrant, 4+ teeth	\$95
D4342	Periodontal scaling & root planing, per tooth, 1-3 teeth	\$70
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir evaluación y diagnóstico integral (visita previa)	\$75
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos	\$75
D4910	Mantenimiento periodontal después de la terapia activa	\$60
PROSTODONCIA REMOVIBLE		
D5110/20	Dentaduras completas superior/inferior (3 ajustes en 60 días)	\$800
D5130/40	Dentadura inmediata superior/inferior (4 ajustes en 60 días)	\$825
D5211/12	Dentadura parcial superior o inferior — base de resina	\$600
D5213/14	Dentadura parcial superior o inferior — base de metal colado con sillas de resina (incl. ganchos convencionales, descansos y dientes)	\$700
D5281	Dentadura parcial removible unilateral	\$505
D5410/11	Ajuste de dentadura completa (maxilar, mandibular)	\$35 más laboratorio
D5421/22	Ajuste de dentadura parcial (maxilar, mandibular)	\$35 más laboratorio
D5511/12	Reparación de base de dentadura completa rota (mandibular, maxilar)	\$70 más laboratorio
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos — dentadura completa (cada diente)	\$70 más laboratorio
D5611/12	Reparación de base de dentadura de resina (mandibular, maxilar)	\$70 más laboratorio
D5621/22	Reparación de estructura colada (mandibular, maxilar)	\$70 más laboratorio
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto — por diente	\$70 más laboratorio
D5640	Reemplazo de dientes rotos — por diente	\$70 más laboratorio
D5650/60	Agregar a dentadura parcial existente (diente, gancho)	\$70 más laboratorio

Código ADA	Descripción del Procedimiento	Copago
D5670/71	Reemplazo de todos los dientes y acrílico — metal colado	20% de descuento
D5710-21	Rebase (superior, inferior, completa o parcial)	\$150
D5730-41	Rebase en consulta (superior, inferior, completa o parcial)	\$125
D5750-61	Rebase de laboratorio (superior, inferior, completa o parcial)	\$195
D5850	Reacondicionamiento de tejido por dentadura	\$25
PROSTODONCIA FIJA		
D6010-95	Procedimientos de implante	20% de descuento
D6100-99	Procedimientos de implante (continuación)	20% de descuento
D6210	Póntico — colado de metal noble alto	\$595
D6211	Póntico — colado de metal base predominante	\$575
D6212	Póntico — colado de metal noble	\$575
D6240	Póntico — porcelana fusionada a metal noble alto	\$595
D6241	Póntico — porcelana fusionada a metal base predominante	\$575
D6242	Póntico — porcelana fusionada con metal noble	\$575
D6245	Póntico de cerámica porcelana	\$595
D6250	Póntico — resina con metal noble alto	\$595
D6251	Póntico — resina con metal base predominante	\$575
D6252	Póntico — resina con metal noble	\$575
D6720	Corona retenedora, resina con metal noble alto	\$380
D6721	Corona retenedora, resina con base de metal predominante	\$380
D6722	Corona retenedora, resina con metal noble	\$495
D6740	Retenedor de corona de cerámica porcelana	\$625
D6750	Corona retenedora — porcelana fusionada con metal noble alto	\$595
D6751	Corona retenedora — porcelana fusionada con base de metal predominante	\$575
D6752	Corona retenedora — porcelana fusionada con metal noble	\$575
D6780	Corona retenedora — colado 3/4 con metal noble alto	\$595
D6781	Corona retenedora — colado 3/4 metal base predominante	\$575
D6782	Corona retenedora — colado 3/4 metal noble	\$575
D6783	Corona retenedora — 3/4 porcelana/cerámica	\$595
D6790	Corona retenedora — colado completo metal noble alto	\$595
D6791	Corona retenedora — colado completo metal base predominante	\$575
D6792	Corona retenedora — colado completo metal noble	\$575
D6920	Barra conectora	\$90
D6930	Recementar puente — por unidad cementada	\$30
D6940	Rompedor de tensión, simple	\$145
D6950	Anclaje de precisión	\$260
D6980	Reparación de puente	\$100
CIRUGÍA ORAL**		
<i>El tratamiento de un especialista del plan DEBE ser preaprobado por el plan ANTES de prestar cualquier servicio.</i>		

Código ADA	Descripción del Procedimiento	Copago
D7111	Extracción, restos coronarios — diente primario	\$50
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíces expuestas	\$60
D7210	Extracción quirúrgica	\$90
D7220	Impactación de tejido blando	\$120
D7230	Impactación ósea parcial	\$160
D7240	Impactación ósea completa	\$190
D7250	Recuperación quirúrgica de raíz	\$100
D7270	Tooth reimplantation & stabilization	\$220
D7280	Exposición quirúrgica de diente impactado	\$230
D7286	Biopsia de tejido oral — blando	\$175
D7310	Alveoloplastia / cuadrante con extracción, 1–3 dientes	\$125
D7311	Alveoloplastia / cuadrante con extracción, 4 o más dientes	\$85
D7320	Alveoloplastia / cuadrante sin extracción, 1–3 dientes	\$250
D7321	Alveoloplastia / cuadrante sin extracción, 4 o más dientes	\$135
D7471	Extirpación de exostosis — maxilar o mandíbula	\$500
D7510	Intraoral I & D or abscess	\$145
D7960	Frenectomía	\$230
ORTODONCIA		
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado (dentición adolescente)	\$2,900
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado (dentición adulta)	\$3,300
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral (dentición adolescente)	\$4,100
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral (dentición adulta)	\$4,300
D8210	Terapia de aparato removible	\$750
D8220	Terapia de aparato fijo	\$750
D8660	Visita previa al tratamiento de ortodoncia	\$75
D8670	Visita periódica de tratamiento de ortodoncia	\$125
D8680	Retención de ortodoncia — remoción del aparato, construcción y colocación de retenedor(es)	\$225
D8690	Tratamiento de ortodoncia (modificación de contrato de facturación)	\$125
D8691	Reparación de aparato de ortodoncia	\$75
D8692	Reemplazo de retenedor perdido o roto	\$175
D8693	Recementado y/o reparación según sea necesario de retenedores fijos	\$75
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado	20% de descuento
DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)		
—	Tratamiento de ATM	15–20% de descuento
OTROS SERVICIOS		
D9110	Tratamiento paliativo de emergencia	\$20
D9222	Sedación profunda / anestesia general — primeros 15 minutos	\$110
D9223	Sedación profunda / anestesia general — cada incremento adicional de 15 minutos	\$110
D9210	Anestésico local	N/C

Código ADA	Descripción del Procedimiento	Copago
D9230	Analgesia / óxido nitroso	\$40
D9310	Consulta	N/C
D9440	Visita al consultorio (después del horario regular)	\$40
D9940	Protector nocturno — protector oclusal (limitado a 1 en un período de 12 meses)	\$250
D9951	Ajuste oclusal — limitado por visita	\$45
D9952	Ajuste oclusal — completo	\$250
D9972	Blanqueamiento cosmético, por arcada	25% de descuento
D9973	Blanqueamiento cosmético, por diente	25% de descuento
D9986	Missed / cancelled appointment (without 24 hours' notice)	\$25
D9999	Procedimiento adyuvante no especificado, por informe	\$25

Limitaciones Especiales

Esta Tabla de Beneficios y Copagos es solo para metales no preciosos. Si se utiliza oro, habrá un cargo adicional según el valor de mercado actual del oro. Los procedimientos o servicios no listados se proporcionarán a tarifas usuales y habituales.

* Los servicios de atención especializada prestados por un especialista del plan (endodoncista, periodoncista o cirujano oral), cuando estén disponibles, NO se proporcionan al copago listado en la Tabla de Beneficios y Copagos. En cambio, el miembro será responsable de pagar al especialista del plan la tarifa negociada de EMI Health | TDA del proveedor participante por el servicio cubierto.

** Los procedimientos o servicios de ortodoncia no listados, incluyendo Invisalign® y los frenos Ortho Clear®, se proporcionarán a las tarifas regulares del dentista. Las radiografías diagnósticas de ortodoncia, modelos de estudio u otros servicios relacionados no están cubiertos si los proporciona un centro de radiología fuera de la red o cualquier otro tipo de centro fuera de la red.

Disposiciones del Plan

Sección III: Copagos

Los montos de copago listados en la Tabla de Beneficios y Copagos son pagaderos por usted directamente al consultorio dental al recibir el tratamiento. Debe analizar todos los pagos y costos futuros antes de programar nuevas citas. El personal del consultorio dental le ayudará a planificar su tratamiento dental y los pagos.

Sección IV: Atención Especializada

Si su dentista seleccionado identifica un problema que se trata mejor con un especialista, él o ella lo referirá a un especialista dental totalmente calificado, cuando esté disponible, que participe en la red EMI Health | TDA.

Los servicios de atención especializada prestados por un especialista del plan (endodoncista, periodoncista o cirujano oral), cuando estén disponibles, NO se proporcionan al copago listado en la Tabla de Beneficios y Copagos. En cambio, el miembro será responsable de pagar al especialista del plan la tarifa negociada de EMI Health | TDA del proveedor participante por el servicio cubierto.

Sección V: Fecha de Vigencia de la Cobertura

A. Si la información de inscripción se recibe antes del vigésimo (20) día del mes, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

B. Si se adquiere un cónyuge e hijo(s) recientemente a través del matrimonio y deben ser cubiertos por el plan dental del miembro, el miembro debe notificar a EMI Health dentro de los treinta (30) días posteriores al matrimonio. Si la notificación se recibe antes del vigésimo (20) día del mes, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si la cobertura para el cónyuge e hijo(s) genera una prima adicional, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción del acuerdo de pago de prima revisado.

C. Los hijos biológicos recién nacidos, los hijos adoptados y la incorporación de hijos que deban ser cubiertos por una orden judicial o administrativa están automáticamente cubiertos a partir de la fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción u orden judicial/administrativa del niño, siempre que tenga cobertura de dependientes vigente. Sin embargo, debe notificar a EMI Health dentro de los sesenta (60) días desde la fecha de nacimiento, adopción, colocación u orden judicial para que la cobertura continúe si la cobertura del niño genera una prima adicional. Los miembros de la familia que no se inscriban durante el período de inscripción inicial no pueden inscribirse hasta el próximo período anual de inscripción abierta.

Sección VI: Consultorios Dentales Participantes

A. Beneficios Obtenidos de los Proveedores del Plan — Excepto para atención de emergencia, los beneficios están disponibles solo de su proveedor del plan seleccionado.

B. Lista de Proveedores del Plan — Puede obtener una lista actualizada de proveedores del plan llamando a EMI Health al (800) 662-5851 o visitando emihealth.com/ProviderSearch.

C. Elección de un Proveedor del Plan — Puede elegir cualquier proveedor del plan de la lista. A solicitud, EMI Health le ayudará a seleccionar un dentista del plan, pero no puede recomendar a ningún dentista en particular. Todos los miembros cubiertos de la familia deben ir al mismo proveedor del plan. Debe elegir un proveedor del plan al momento de inscribirse, y debe tener un proveedor del plan para recibir los beneficios.

D. Cambio de Proveedores del Plan — Puede cambiar de proveedor del plan. Si notifica a EMI Health, por escrito, antes del vigésimo (20) día del mes, el cambio será efectivo el primer día del mes siguiente. Si su proveedor del plan deja de participar, EMI Health se reserva el derecho de transferirlo temporalmente a otro proveedor del plan hasta que nos informe de su nueva selección de proveedor.

E. Todos los proveedores del plan (dentistas) que brindan servicios a un miembro lo hacen como contratistas independientes. EMI Health no será responsable por ningún reclamo o demanda por daños que surjan de o estén conectados de alguna manera con cualquier lesión sufrida por un miembro mientras recibe servicios dentales.

Sección VII: Atención de Emergencia

A. Debe intentar obtener atención de emergencia de su proveedor del plan cuando se encuentre dentro del área atendida por su proveedor del plan designado. Si busca atención de emergencia durante el horario comercial normal y su proveedor del plan seleccionado no está accesible, comuníquese con EMI Health para obtener asistencia al (800) 662-5851.

B. Si su proveedor del plan no está accesible o cuando la emergencia ocurre fuera del área atendida por su proveedor del plan, debe buscar atención dental de emergencia de un profesional dental con licencia para controlar el sangrado, aliviar el dolor (incluyendo anestesia local) o eliminar una infección aguda. Los medicamentos recetados por el dentista pero obtenidos en una farmacia están excluidos. Se debe presentar a EMI Health una declaración detallada por escrito de estos servicios para el reembolso. Si es necesario un tratamiento adicional, debe ser realizado por su proveedor del plan designado.

C. El reembolso máximo permitido para una emergencia dental es de \$50.00 menos cualquier costo del miembro que normalmente se le cobraría por el procedimiento.

Sección VIII: Programación de Citas

Después de que su plan entre en vigencia, puede programar una cita comunicándose con su proveedor participante seleccionado. Su dentista le ofrecerá una cita generalmente dentro de los treinta (30) días posteriores a su llamada, o dentro de las 24 horas para atención de emergencia. La mayoría de las citas dentales se programan de lunes a viernes durante el horario laboral regular. Cada proveedor del plan es un profesional independiente que establece sus propios horarios. Algunos tienen horarios nocturnos o de fin de semana. Llame a su proveedor del plan para preguntar sobre los horarios de atención y la disponibilidad de servicios dentales de emergencia.

Sección IX: Tarjeta de Identificación del Plan

Aunque se le emitirá una tarjeta de identificación, no es necesaria para recibir atención dental de su proveedor del plan. Su nombre aparecerá en una lista de elegibilidad que se envía a su dentista seleccionado cada mes.

Sección X: Exclusión de Compensación a Trabajadores

Los gastos cuyo pago se requiere bajo los estatutos de compensación a trabajadores aplicables no son elegibles para el pago bajo este plan dental.

Sección XI: Exclusión de Terceros

Los gastos por servicios que son resultado de una lesión por la cual un tercero es responsable no son elegibles para el pago bajo este plan dental. Esta exclusión de responsabilidad de terceros no se aplica a personas que sean o hayan sido víctimas de violencia doméstica. Las personas que brindan asesoramiento, refugio, protección u otros servicios a víctimas de violencia doméstica también están exentas de esta exclusión de responsabilidad de terceros.

Sección XII: Terminación

Los beneficios bajo este plan cesarán al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A. En la fecha de vencimiento del período por el cual se realizó el último pago del contrato.
- B. En la fecha en que termina el contrato del plan, si no se renueva.

Sección XIII: Registros Dentales

Los registros dentales del miembro y/o suscriptor relativos a los servicios prestados aquí seguirán siendo propiedad del dentista del plan.

Sección XIV: Consultas de Servicio al Cliente

El Servicio al Cliente está disponible llamando a EMI Health al (800) 662-5851 durante el horario comercial normal (de lunes a viernes, de 9:00 AM a 5:00 PM, hora de la montaña). Todas las consultas del Plan Dental Individual, incluidos los procedimientos de quejas, son manejadas por EMI Health.

Sección XV: Quejas y Apelaciones

Una queja es cualquier expresión oral o escrita de preocupación o insatisfacción respecto a un servicio o procedimiento del plan, ya sea de naturaleza dental o no dental. En caso de tener una queja, debe hacerse un intento inicial de resolverla comunicándose con el Departamento de Servicio al Cliente de EMI Health. Si no se puede llegar a una resolución de esta manera, debe usarse el siguiente proceso de Queja y Apelación Formal.

Sección XVI: Quejas y Apelaciones Formales

Niveles de Revisión: Los miembros pueden solicitar a EMI Health que revise sus decisiones sobre solicitudes de servicio o solicitudes de pago de reclamos. La Legislatura del Estado de Arizona ha establecido cuatro niveles de revisión. Las empresas que realizan actividades de revisión de utilización después de prestados los servicios (EMI Health pertenece a esta categoría) no están obligadas a proporcionar revisiones de Nivel 1 y Nivel 2. Los miembros tienen disponibles dos niveles de revisión: Nivel 3, Apelación Formal, y Nivel 4, Revisión Externa Independiente.

Nivel 1. Revisión Dental Acelerada — EMI Health no está obligada a realizar esta revisión porque sus actividades de revisión de utilización se realizan sobre servicios ya prestados.

Nivel 2. Reconsideración Informal — EMI Health no está obligada a realizar esta revisión porque sus actividades de revisión de utilización se realizan sobre servicios ya prestados.

Nivel 3. Apelación Formal

Nivel 4. Revisión Externa Independiente

Para recibir un Folleto de Quejas y Apelaciones Formales, o para presentar una solicitud de Apelación Formal, envíe una solicitud por escrito a:

EMI Health | TDA

Coordinador de Quejas y Apelaciones
5101 S. Commerce Dr., Murray, UT 84107
Teléfono: (800) 662-5851 | emihealth.com

Sección XVII: Principales Exclusiones y Limitaciones

1. Los selladores están cubiertos hasta los quince (15) años y están limitados a una vez por molar permanente solamente.
2. El tratamiento periodontal (curetaje subgingival y alisado radicular) está limitado a cuatro cuadrantes en cualquier período de treinta y seis (36) meses consecutivos.
3. El reemplazo de una restauración está cubierto solo cuando es dentalmente necesario.
4. Los puentes fijos serán cubiertos solo cuando una dentadura parcial no pueda restaurar satisfactoriamente el caso. Si se usan puentes fijos cuando una parcial podría restaurar satisfactoriamente el caso, se considera tratamiento opcional.
5. El reemplazo de puentes existentes está cubierto solo cuando no se pueden hacer satisfactorios mediante reparación.
6. Las dentaduras parciales no deben reemplazarse dentro de un período de cinco (5) años desde la fecha de la última colocación, independientemente de si la última colocación ocurrió mientras estaba cubierto bajo este plan, a menos que sea necesario debido a la pérdida natural de dientes donde la adición o reemplazo de dientes en la dentadura parcial existente no sea factible.
7. Las dentaduras completas superior y/o inferior no deben exceder una cada una en cualquier período de cinco (5) años desde la fecha de la última colocación, independientemente de si la última colocación ocurrió mientras estaba cubierto bajo este plan. El plan proporcionará el reemplazo de una dentadura completa o parcial existente solo si es insatisfactoria y no se puede hacer satisfactoria mediante rebase o reparación.
8. Los rebases de dentadura están limitados a dos (2) por año.
9. Los servicios para lesiones o condiciones cubiertas bajo las leyes de Compensación a Trabajadores o Responsabilidad del Empleador no están cubiertos.
10. Los servicios de un pedodoncista (dentista de niños) no están cubiertos excepto según se establece aquí.
11. Los servicios que, según la opinión del dentista tratante, no son necesarios para la salud dental del paciente no están cubiertos.
12. Tratamiento de la articulación temporomandibular (ATM), excepto según se establece aquí.
13. Odontología electiva o cosmética, excepto según se establece aquí.
14. Cirugía oral que requiera la reducción de fracturas o dislocaciones.
15. La cirugía ortognática o las extracciones únicamente con fines ortodóncicos no están cubiertas.
16. Tratamiento de tumores malignos, quistes, neoplasias o malformaciones congénitas, excepto anomalía congénita de un diente o dientes cubiertos desde el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción.
17. La dispensación de medicamentos no está cubierta.
18. Los cargos hospitalarios de cualquier tipo no están cubiertos.
19. La pérdida o el robo de dentaduras o puentes no está cubierto.
20. Cualquier procedimiento de implantación o de naturaleza experimental (es decir, un servicio, procedimiento, medicamento o tratamiento para un diagnóstico específico del organismo regulador gubernamental correspondiente) no está cubierto.
21. Anestesia general o sedación intravenosa/consciente, excepto según se establece aquí.
22. Las tarifas incurridas por citas rotas o perdidas (sin aviso de 24 horas) son responsabilidad del miembro.
23. Los gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes de la fecha de vigencia de la cobertura son responsabilidad del miembro y no están cubiertos.
24. Los gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de la terminación de la elegibilidad para la cobertura son responsabilidad del miembro y no están cubiertos.
25. Cualquier procedimiento realizado con el propósito de corregir el contorno, contacto u oclusión, excepto según se establece aquí, no está cubierto.
26. Cualquier procedimiento para corregir la estructura dental perdida debido a atrición, erosión o abrasión.
27. Cualquier procedimiento que no esté específicamente listado como beneficio cubierto no está cubierto.
28. El proveedor puede negarse a tratar a cualquier paciente que continuamente no siga el curso de tratamiento prescrito.

29. Cualquier tratamiento dental que, según la opinión del consultor dental del plan, tenga un mal pronóstico, no está cubierto.
30. El protector nocturno (protector oclusal) está limitado a uno cada veinticuatro (24) meses.
31. Los servicios realizados por un dentista que no es un dentista participante no están cubiertos, excepto la atención de emergencia provista aquí.

Exclusiones y Limitaciones del Plan de Ortodoncia

1. No se aplicarán beneficios para un programa de tratamiento que comenzó antes de que el miembro/suscriptor se inscribiera en el plan de ortodoncia.
2. No se aplicarán beneficios para aparatos perdidos o rotos.
3. Las extracciones no están incluidas como un beneficio.
4. El dentista puede cobrar tarifas adicionales, de las cuales usted es responsable, por: (a) atención requerida más allá de veinticuatro (24) meses desde el momento del bandeo; (b) falta grave de cooperación; (c) accidentes ocurridos durante el período de tratamiento; (d) casos que involucran ortodoncia quirúrgica; (e) casos que involucran terapia miofuncional de la ATM.
5. Si el miembro y/o suscriptor se muda a un área y no puede recibir tratamiento de un ortodoncista miembro, la cobertura bajo el plan cesa y se convierte en obligación del miembro y/o suscriptor pagar la tarifa usual y habitual del ortodoncista donde se completa el tratamiento.
6. La elección de un ortodoncista está limitada a ortodoncistas que participen en el plan o a ortodoncistas que acepten las tarifas establecidas en el plan.
7. Si el miembro y/o suscriptor deja de ser elegible para los beneficios bajo el plan para el tratamiento, la cobertura bajo el plan cesa y se convierte en obligación del miembro y/o suscriptor pagar el saldo restante al ortodoncista.

Para Más Información

Llame al: (800) 662-5851

De lunes a viernes, de 9:00 AM a 5:00 PM, hora de la montaña

EMI Health | Total Dental Administrators, Inc.

5101 S. Commerce Dr., Murray, UT 84107

emihealth.com

— *Conserve este documento para sus registros* —