

COMBINED EVIDENCE OF COVERAGE AND DISCLOSURE FORM

**DENTAL CARE PLAN ISSUED BY
WESTERN DENTAL SERVICES, INC.**

P.O. BOX 14227

ORANGE, CA 92863

(800) 992-3366

Group Plan
Adult Medicare and
Medi-Cal /Medicaid Program

This combined evidence of coverage and disclosure form constitutes only a summary of the dental plan. The dental plan group subscriber agreement must be consulted to determine the exact terms and conditions of coverage.

A specimen copy of the dental group subscriber agreement will be furnished upon request.

WELCOME TO WESTERN DENTAL.

This Evidence of Coverage Booklet, which includes the Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form and the accompanying Schedule of Benefits, describes the dental plan being offered by Western Dental Services, Inc., and discloses the terms and conditions of coverage. All applicants have the right to review this Evidence of Coverage Booklet prior to enrollment. Western Dental is called the "Plan" throughout this Evidence of Coverage Booklet.

This Evidence of Coverage Booklet explains a Member's rights and responsibilities as a Western Dental Member. It also explains the Plan's responsibilities to the Member. The Evidence of Coverage Booklet contains important information, and should be read completely and carefully. Individuals with special health needs should read carefully those sections that apply to them. Please keep the Evidence of Coverage Booklet in a safe place, available for quick reference. If a Member would like to receive additional information about

the benefits of enrollment in Western Dental, please call us at the number above.

This Evidence of Coverage Booklet does not take effect until the Group Subscriber Agreement ("Agreement") between the Member's association, or other entity through which you obtain coverage under the Benefit Plan, ("Group") and Western Dental is approved and executed by the Plan and the Group or association. This Benefit Plan shall be construed under the laws of the State of California; and any action relating to this Benefit Plan shall be instituted and prosecuted in the county in which the Member resides at the time the Agreement is executed or in such other location as the parties may mutually agree in writing.

Please Note: Except for Emergency Dental Care and services prior authorized by the Plan to be provided by Non-Participating Providers, the Covered Services under this Benefit Plan are available only when provided by Participating Providers in accordance with all the terms and conditions of coverage described in this Evidence of Coverage Booklet and the Agreement.

It is the Member's responsibility to determine whether the dentist or specialist dentist chosen is a Participating Provider. It is also the Member's responsibility to determine whether or not a referral made by his or her dentist or Participating Provider is to a Participating Provider. Even though the Member's dentist may be a Participating Provider, do not assume that his or her referral to another dentist/specialist or facility is a determination that such dentist/specialist or facility is also a Participating Provider. If a Member is in doubt about the status of any dentist or facility call the Plan's Member Services Department for verification at 800-992-3366.

Table of Contents

DEFINITIONS	6
ACCESS TO SERVICES	8
FACILITIES.....	8
CHOICE OF DENTISTS	8
LIABILITY OF MEMBER FOR PAYMENT	9
PROVIDER REIMBURSEMENT.....	9
EMERGENCY AND URGENT CARE.....	10
SECOND DENTAL OPINIONS.....	11
CONTINUITY OF CARE	12
REFERRALS	13
AUTHORIZATION, MODIFICATION OR DENIAL OF SERVICES	13
FEES AND CHARGES	14
PREMIUMS.....	14
COPAYMENTS.....	15
LIABILITY FOR PAYMENT	15
ELIGIBILITY AND ENROLLMENT.....	15
ELIGIBILITY	15
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE	16
IDENTIFICATION CARD	17

COVERED SERVICES	17
BENEFITS	17
LIMITATIONS, EXCLUSIONS, EXCEPTIONS, REDUCTIONS	26
LIMITATIONS	26
EXCLUSIONS.....	32
TERMINATION, RESCISSION AND CANCELLATION OF COVERAGE	39
TERMINATION OF BENEFITS	39
RENEWAL AND REINSTATEMENT OF COVERAGE	41
RENEWAL PROVISIONS.....	41
CONTINUATION OF BENEFITS.....	41
INDIVIDUAL CONTINUATION OF BENEFITS	41
CAL-COBRA CONTINUATION COVERAGE AFTER COBRA	42
COBRA.....	46
FEDERAL COBRA INFORMATION.....	46
GRIEVANCE PROCEDURES	47
COMPLAINTS AND DISPUTES.....	47
GRIEVANCE PROCEDURES	48
INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR).....	49
MISCELLANEOUS.....	50
COORDINATION OF BENEFITS	50

PARTICIPATION IN PUBLIC POLICY	52
FILING CLAIMS.....	52
CONFIDENTIALITY OF DENTAL RECORDS	53
ORGAN DONATIONS	53
GRANDFATHERED HEALTH PLAN STATUS.....	53

DEFINITIONS

Adult Dentition means the teeth that are present after the cessation of growth that would affect Orthodontic treatment.

Aesthetic Dentistry means any dental procedures, which are performed purely for cosmetic purposes, and where there is no restorative value.

Agreement means the Group Subscriber Agreement between the Member's Group (Group) or association and the Plan.

Benefit Plan means the specialized dental plan offered by Western Dental Services, Inc pursuant to the requirements of the Knox-Keene Health Care Service Plan Act and regulations promulgated there under.

Copayment means the fee charged to the Member by the Participating Provider, as described in this Evidence of Coverage Booklet, the Agreement and the Schedule of Benefits.

Covered Services means the dental services available under the Agreement in which a Member is enrolled.

Elective Dentistry means any dental procedures, which are unnecessary to the dental health of the Member, as determined by a Participating Provider.

Eligible Participants means Subscribers of Group or Association who are eligible to participate in the Benefit Plan under the eligibility requirements, set forth by Group or association.

Emergency Dental Care means services to diagnose and treat a dental condition, which is manifested by acute symptoms of sufficient severity, including severe pain, such that the absence of immediate dental attention could reasonably be expected to result in any of the following:

Placing the health of the individual in serious jeopardy

Serious impairment of bodily functions
Serious dysfunction of any bodily organ or part.

Exclusions mean any provision of the Benefit Plan whereby coverage for a specified hazard or condition is entirely eliminated.

Group means the group or association who has contracted with the Plan to provide the Covered Services described in this Evidence of Coverage Booklet.

Limitation means any provision, other than an Exclusion, which restricts coverage under the Benefit Plan.

Medicare means a federal health insurance program for individuals who are over a certain age and/or disabled.

Medi-Cal means the name of California's Medicaid Program. Medi-Cal is run by the state and is paid for by the state and the federal government.

Member means an Eligible Participant who is enrolled in the Benefit Plan, and for whom Prepayment Fees have been paid to the Plan by the Group or association.

Non-Participating Provider means a dentist that is not employed by or under contract to provide services for the Plan.

Participating Provider means a dentist that is employed by or under contract with the Plan as a Primary Care Dentist and/or a Specialist.

Plan means Western Dental Services, Inc.

Prepayment Fee means the amount payable each month on a prepayment basis by a Member or the Group (or both) to obtain benefits provided under the Agreement.

Primary Care Dentist or **PCD** means a general or pediatric dentist that coordinates, supports and provides the delivery of dental care and who is a Participating Provider.

Primary Dentition means teeth developed and erupted first in order of time.

Schedule of Benefits means the list of Covered Services, and the authorized Copayment amounts under the Benefit Plan as set forth in this EOC.

Specialist means a dentist who is a Participating Provider who is responsible for the Specific Specialized Dental Care of a Member in one specific field of dentistry

such as endodontics, periodontics, oral surgery, or orthodontics where the Member is referred by a Participating Provider.

Specific Specialized Dental Care means the Covered Services diagnosed and administered to a particular Member by a Specialist, which a Member receives as a result of a referral to the Specialist or other Participating Provider.

Subscriber means the individual enrolled in the Benefit Plan for whom the appropriate Prepayment Fee has been received by the Plan, and whose status, is the basis for enrollment eligibility.

Transitional Dentition means the final phase of the transition from primary to adult teeth, in which the deciduous teeth are in the process of shedding and the permanent successors are emerging.

Urgent Care means health care for a condition which requires prompt attention.

ACCESS TO SERVICES

Facilities

Members may obtain a list of the Plan's Participating Providers by calling the Member Services Department at (800) 992-3366. Participating Providers are open during normal business hours as specified in the Participating Provider listing. Should a Member have a question regarding the days and/or hours of the Participating Provider's facility, he/she may reference the Provider listing or may write or call either the Participating Provider at the address and telephone number specified on the Provider list or the Plan at the address and telephone number listed in this Evidence of Coverage Booklet. A copy of the Provider Listing is also included in the Enrollment Package.

A Member may receive Emergency Dental Services after regularly scheduled office hours by calling the local telephone number for the Participating Provider's facility. The Member will be charged the applicable Copayment as specified in the Schedule of Benefits for "Office Visit - After Regular Scheduled Hours (ADA procedure code 9940)."

Choice of Dentists

PLEASE READ THE FOLLOWING INFORMATION TO KNOW FROM WHOM OR WHAT GROUP OF PROVIDERS A MEMBER MAY RECEIVE BENEFITS AND COVERAGE.

Each Member must receive Covered Services from a Participating Provider.

When a Member needs to visit his or her dentist, he or she must first see the Primary Care Dentist chosen at the time of enrollment. A Member may designate any Primary Care Dentist who is available. The Member should review the Plan's most current *Provider Directory* for the Plan that covers the Member to learn who may be available. Once a Member has designated a Primary Care Dentist, the Member should contact the Primary Care Dentist to receive Covered Services. The Member's Primary Care Dentist's name and telephone number are on the Member's Plan ID card.

Each Member should designate the Member's Primary Care Dentist on his or her enrollment form. If the Member does not designate a Primary Care Dentist, the Plan will do so. If a Member wants to change Primary Care Dentists, the Member should contact the Plan. If the request for transfer is received by the Plan by the 15th day of the month, this transfer will become effective on the first day of the following month.

If a Member needs help choosing a Primary Care Dentist or want to change his or her Primary Care Dentist, please contact the Member Services Department at (800) 992-3366.

Liability of Member for Payment

By statute, every contract between the Plan and a Participating Provider shall provide that in the event the Plan fails to pay the Participating Provider, the Member shall not be liable to the Participating Provider for any sums owed by Plan.

However, services provided by a Non-Participating Provider are not covered under the Benefit Plan, and the Member may be liable to Non-Participating Providers for cost of those services, except for Emergency Dental Care provided by Non-Participating Providers which the Plan will pay for up to a one hundred dollar (\$100) maximum allowable benefit (see " Emergency and Urgent Care" below).

PROVIDER REIMBURSEMENT

Certain dental services, including cleanings, fillings, root canals, and complete dentures may be available through the Medi-Cal Dental Program. Limitations and Exclusions may apply on these services. For those procedures denied by the Medi-Cal Dental Program due to age restriction, limitations and/or clinical necessity are available at 60% of the providers usual and customary rate.

Some Participating Providers are employees of the Plan. The Plan pays each

Participating Provider who is an employee a set amount for each day he or she works. The Plan will not pay a bonus to anyone to deny, reduce, limit, or delay the provision of Covered Services that a Member is entitled to receive.

Some Participating Providers are independent dentists under contract with the Plan. The Plan pays those Participating Providers based on the agreements reached with them. The amount the Participating Provider will receive (for example, capitation payments) might not depend on the nature or amount of services provided to a Member. On the other hand, the amount the Participating Provider will receive (for example, fee-for-service payments) might depend entirely on the nature and amount of services provided.

Timely Access to Care

Urgent Dental Care

If you require Urgent Dental Care and make an appointment, you shall be seen by a primary dentist for emergency care within 24 hours of the request of the appointment. In addition, you are not required to obtain prior authorization by us to receive Urgent Dental Care. Upon a showing that you will not suffer any detrimental impact to your health, your doctor may extend the wait time for an Urgent Dental Care appointment to 72 hours of the request for the appointment. If a doctor is unable to see you within the time periods noted above, please contact a Western Dental representative immediately at 1-800-992-3366. The Western Dental representative shall ensure that you are treated within the required time periods.

Non-urgent Dental Care

If your care is for non-Urgent Dental Care services, your doctor is obligated to see you within ten (10) business days of the request for an appointment. Upon showing that you will not suffer any detrimental impact to your health, your doctor may extend the waiting time for a non-urgent dental care appointment to thirty-six (36) business days of request for an appointment. Unless requested by you to accommodate your schedule, in no case shall a doctor schedule an appointment that is not within the required time periods of the request for an appointment. If a doctor is unable to see you within the time periods noted above, please contact a Western Dental representative immediately at 1-800-992-3366. The Western Dental representative shall ensure that you are treated within the required time periods.

Preventative Dental Care

If your care is for preventative dental care services, your doctor is obligated to see you within ten (10) business days of the request for an appointment. Upon showing that you

will not suffer any detrimental impact to your health, your doctor may extend the waiting time for a preventative dental care appointment to forty (40) business days of request for an appointment. Unless requested by you to accommodate your schedule, in no case shall a doctor schedule an appointment that is not within the required time periods of the request for an appointment. If a doctor is unable to see you within the time periods noted above, please contact a Western Dental representative immediately at 1-800-992-3366. The Western Dental representative shall ensure that you are treated within the required time periods.

Interpretive Services

Whether you require routine or Urgent Dental Care and you need any assistance communicating with your doctor, Western Dental shall make available at no cost to you an interpreter. Prior to your appointment, please contact a Western Dental representative at 1-800-992-3366. The Western Dental representative will make all necessary arrangements to ensure that an is present while you are being treated by your doctor. _

EMERGENCY DENTAL CARE AND URGENT CARE

The Plan provides coverage for Emergency Dental Care if the services are required to alleviate severe pain or bleeding or if the Member reasonably believes that the condition, if not diagnosed or treated, may lead to disability, dysfunction or death. Emergency Dental Care is available for all Western Dental patients 24 hours a day, 7 days a week.

The Plan provides coverage for Urgent Care if the services are required to prevent the serious deterioration of dental health resulting from an unforeseen illness or injury for which treatment cannot be delayed, or if the Member reasonably believes that the condition, if not diagnosed or treated, may lead to disability, dysfunction or death.

In the event that Member requires Emergency Dental Care or Urgent Care during regular Provider office hours, the Member should contact his or her Primary Care Dentist to schedule an immediate appointment. After business hours, the Member should contact his or her Primary Care Dentist, and the on-call dentist will return the call for instructions on how to proceed.

If after contacting his or her Primary Care Dentist, the Member is advised that the Primary Care Dentist is not available, the Member may obtain Emergency Dental Care or Urgent Care from any Participating Provider or any licensed dentist in the area where such dental emergency occurs.

If a Member is out of the area and requires Emergency Dental Care or Urgent Care, Member may contact Western Dental for referral to another contracted dentist that

can treat the condition, or Member may proceed to find a dentist who can treat the condition.

Members may contact the Plan for assistance with obtaining an emergency appointment from a Participating Provider. Treatment by Participating Providers will be provided at the applicable Copayment listed in the Schedule of Benefits. However, there is a one hundred dollar (\$100) maximum allowable benefit for Emergency Dental Care and for Urgent Care provided by a Non-Participating Provider. The Plan requires an itemized statement of services from the Non-Participating Provider or the Member within one-hundred eighty (180) days from the date of service for verification of benefit reimbursement.

The Member must include the itemized statement of services, the Member's name, address, Member ID number, dates of service, treating provider's name, address, and telephone number, and a statement of the problem, and mail it to:

Western Dental Services, Inc.
Attn: Specialty Referrals/Claims Department
P.O. Box 14227
Orange, California 92863

The Member should retain a copy of the information, and the Plan will either send the Member a check or explain any denial within thirty (30) business days of the Plan's receipt of the Member's claim.

Members are encouraged to use appropriately the "911" emergency response system, in areas where the system is established and operating, when they have an emergency dental condition that requires an emergency response.

SECOND DENTAL OPINIONS

A Member or a Participating Provider may request a second opinion consultation by writing or calling the Plan's Member Services Department at (800) 992-3366.

Decisions and notifications regarding requests for second opinion consultations will be rendered within the following time limits: For routine second opinion requests, the decision to approve or deny requests for second opinion consultations will be made within 5 business days of the Plan's receipt of the request. For urgent requests, the second opinion will be authorized or denied within 72 hours of the Plan's receipt of the request. The requesting Participating Provider will be notified both verbally and in writing within 24 hours of the decision. The decision will be communicated to a requesting Member verbally (when possible) and in writing within 2 business days.

A second opinion consultation may be authorized for surgical procedures, unclear or

complex and confusing clinical indications, conflicting test results, the Participating Providers' inability to diagnose the Member's condition, a treatment plan in progress but not improving the Member's condition within an appropriate time period, or the Member's serious concerns about a particular diagnosis or plan of care. A written explanation of benefits will be issued to the Member and the Member's Participating Provider, including the name and location of the second opinion provider if the second opinion is approved. Upon approval, the Plan will refer the Member to a Participating Provider who is under contract with the Plan. Should there be no available Participating Provider in the appropriate geographical area, the Plan will refer the Member to a Non-Participating Provider for a second opinion consultation. A Plan representative will assist the Member in scheduling an appointment or will advise the Member to call and schedule an appointment. The second opinion provider will submit the claim for payment to the Plan. The Member is only responsible for the applicable copayment as set forth in the Schedule of Benefits. The Plan will pay any cost in excess of the applicable copayment, and will contact the provider rendering the second opinion to advise the of Western Dental's payment in excess of the Copayment.

The second opinion provider will provide the Member and the Member's Participating Provider with a written narrative report of the results of the Member's consultation. All treatment must be performed by the Member's Participating Provider for the Member to receive Covered Services under the Benefit Plan. This shall not limit the Member's right to transfer to another Participating Provider in order to receive Covered Services under the Benefit Plan.

CONTINUITY OF CARE

Current Members:

Current Members may be eligible to temporarily continue receiving Covered Services from a Non-Participating Provider for treatment of certain specified dental conditions, where the Non-Participating Provider was formerly contracted with the Plan, and where the services were being provided to the Member at the time the provider's contract with the Plan was terminated (i.e. a "terminated provider"). Members can call the Plan's Member Services Department at (800) 992-3366 regarding eligibility for this benefit. A Member may request a copy of the Plan's continuity of care policy from the Plan's Member Services Department. A Member must make a specific request to continue under the care of a terminated provider. The Plan is not required to continue a Member's care with a terminated provider if the Member is not eligible under the Plan's continuity of care policy or if the Plan cannot reach agreement with the terminated provider on the terms

regarding the Member's care in accordance with California law.

New Members:

New Members may be eligible to temporarily continue receiving Covered Services from a Non-Participating Provider for treatment of certain specified conditions if the services were being provided by a Non-Participating Provider at the time the Member's coverage under the Benefit Plan became effective. Members can call the Plan's Member Services Department at (800) 992-3366 regarding eligibility for this benefit. A Member may request a copy of the Plan's Continuity of Care Policy from the Plan's Member Services Department. A Member must make a specific request to continue under the care of his or her Non-Participating Provider within 30 days from the Member's enrollment date with the Plan. The Plan is not required to continue a Member's care with a Non- Participating Provider if the Member not eligible under the Plan's Continuity of Care Policy or if the Plan cannot reach an agreement with a Non-Participating Provider on the terms regarding the Member's care in accordance with California law.

REFERRALS

Referable procedures that are not available in the contracted dental office are covered at 75 percent of the contracted specialist's usual fee or if available at a Western Dental Center specialist at 50 percent of the contracted Western Dental Center specialists usual fee.

The Member must first visit his or her Primary Care Dentist for evaluation of Member's case. If the Primary Care Dentist determines the Member requires a referral to a Specialist.

PLEASE NOTE: If the request for Specialist services is not made in compliance with the foregoing, the Member will be responsible for the Specialist's full usual and customary fees for any such services rendered.

AUTHORIZATION, MODIFICATION OR DENIAL OF SERVICES

Members and Participating Providers are notified of authorizations and denials of Specialist Referral Requests as follows: For routine referrals, the decision to approve, modify, or deny requests by a Member's Primary Care Dentist for specialty referrals will be made in a timely fashion. The Plan will take into consideration the

Member's condition. Referrals will be processed within five (5) business days of the Plan's receipt of the information that is reasonably necessary and requested by the Plan to make the determination.

When the Member's condition is such that the Member faces an imminent and serious threat to his or her dental health, the Plan shall expedite the review process. The Plan shall make a decision within 72 hours of receipt of all necessary information.

The requesting Participating Provider will be notified by telephone or facsimile within 24 hours of the Plan's decision. The decision will be communicated to the requesting Participating Provider and the Member verbally (when possible) and in writing within 2 business days.

If the referral is approved, the Plan shall specify in the notice the specific dental care service approved. Upon receipt of notification of approval, the Member may contact the Specialist to schedule an appointment. The Specialist will provide Specific Specialized Dental Care for the Copayment listed in the Schedule of Benefits. The Specialist will submit the claim for payment to the Plan and the Member shall be responsible for payment of the Copayment, as applicable.

If the referral is denied, or modified, the Plan shall specify the reasons for the decision. The Plan shall include a clear and concise description of the utilization review of the criteria or guideline used, and the clinical reasons for the decision regarding medical necessity. The Plan, and shall include the name and direct telephone number or extension of the dental professional who made the decision at the Plan. Members are also notified in the denial notices as to how they may file a grievance to appeal denials with the Plan.

In cases where the request is retroactive (i.e., where the Member has already obtained the services from the Specialist), the Participating Provider and Member shall receive written notification of the Plan's decision within thirty (30) calendar days from the Plan's receipt of the information that is reasonably necessary to make the determination.

In the case of concurrent review (i.e., where the care is already underway), care shall not be discontinued until the Member's treating Participating Provider has been notified of the Plan's decision and a care plan has been agreed upon by the treating Participating Provider that is appropriate for the dental needs of that Member.

FEES AND CHARGES

Premiums

The Plan shall provide or arrange for the provision of the Covered Services specified in the Agreement. The Group or association shall pay the Prepayment Fee set out on the last page of the Schedule of Benefits.

The Prepayment Fee must be paid in full by Group at the Plan's address set out on the first page of this Evidence of Coverage Booklet by the 25th day of the month to which the Prepayment Fee applies. (For example, Prepayment Fees for the month of July are due no later than July _____.) Member should consult Group or association for specific information regarding any sums to be paid by Subscriber to the Group or association.

Copayments

In addition to the monthly Prepayment Fees, if any, a Member will pay a Copayment for those procedures or services listed in the attached Schedule of Benefits. All Copayments are paid by the Member directly to the Participating Provider. All Covered Services are listed in the Schedule of Benefits regardless of whether a Copayment applies. Those Covered Services that do not require a Copayment are designated in the Schedule of Benefits as "No Copayment."

During the term of the contract, the Plan may not change the Prepayment Fees and the Copayment amounts paid by the Members in any manner during a contract term without a prior written agreement between the Group or association and Plan.

LIABILITY FOR PAYMENT

Refer to section ACCESS TO SERVICES - Liability of Member for Payment

ELIGIBILITY AND ENROLLMENT

Eligibility

The determination of who is eligible to participate and who is actually participating

in the Benefit Plan shall be decided by the Group or association and the Plan. Any disputes or inquiries regarding eligibility, including rights regarding renewal, reinstatement and the like, if any, should be directed to the Group or association.

Effective Date of Coverage

Coverage shall commence on the date specified in the Agreement for all Members enrolled as of the commencement date of the Agreement. A waiting period will apply if specified in the Agreement. Coverage shall commence for all new Members on the first day of the month following the Plan’s receipt of Prepayment Fees for such new Members.

Identification Card

The Plan issues each Member an identification card to be presented by the Member at the time that services are to be rendered by the Participating Provider. If an ID Card is lost, please call the Member Services Department at (800) 992-3366 to request a new one. If a Member contacts us to change his or her assigned Primary Care Dentist, a new ID card will be mailed to the Member with the new Primary Care Dentist’s name, address and telephone number.

COVERED SERVICES

Benefit and Coverage Matrix

This matrix is intended to be used to help you compare coverage benefits and is a summary only. Please refer to this Evidence of Coverage and your Schedule of Compayments and Covered Benefits for more information about services covered under your plan.

Deductibles	Maximums
None	None
Professional Services	

Certain dental services. Including cleanings, fillings, root canals and complete dentures are available through the Medi-Cal Dental Program. Some Limitations and Exclusions may apply to these services. For these procedures denied by Medi-Cal Dental Program due to age restrictions, limitations and/or clinical necessity are available at 60% of the providers usual and customary rate. Copayments vary by procedure and can be found on your Schedule of Covered Services and Copayments. Categories of services include:	
Diagnostic Services - \$0	Periodontic Services - \$50-\$540
Preventive Services - \$0 - \$55	Prosthodontic Services - \$50 - \$495
Restorative - \$110-\$470	Orthodontic Services – Not covered
Outpatient Services	Hospitalization Service
No additional charge	Not covered
Emergency Dental Coverage	
Please refer to the Emergency Care section of this Evidence of Coverage	
Ambulance Service	Prescription Drug Coverage
Not covered	Not covered
Durable Medical Equipment	Mental Health Services
Not covered	Not covered
Chemical Dependency	Home Health Services
Not covered	Not covered

The Benefit Plan provides coverage for services when necessary for your dental health in accordance with professionally recognized standards of dental practice, subject to the Exclusions, Limitations, and other terms and conditions set out in this Agreement and Evidence of Coverage. Certain dental services, including cleanings, fillings, root canals and complete dentures, are available through the Medi-Cal Dental Program. Some Limitation and Exclusions may apply for these services. For these procedures denied by the Medi-Cal Dental Program due to age restriction, limitations and/or clinical necessity are available at 60% of the providers usual and customary rate.

A list of covered dental benefits follows:

- A. Diagnostic** – Clinical examinations, radiographs, and other diagnostic tools used in conjunction with the Member's health history in order to evaluate necessary dental treatment. Refer to the "Diagnostic" category on the Schedule of Benefits to determine what specific procedures are Covered Services and their Copayment amounts.

Clinical examinations may include the following:

1. Comprehensive Oral Evaluation – A comprehensive evaluation of a Member's dental health needs. This includes evaluating and recording a Member's dental and medical history and a general health assessment, including such things as dental

caries, missing or un-erupted teeth, restorations, occlusal relationship, periodontal conditions (including periodontal charting), and hard and soft tissue anomalies.

An initial visit shall include one of the following:

- Comprehensive Oral Evaluation
- Limited Oral Evaluation

2. Radiographs/Diagnostic Imaging – Radiographs are primarily for clinical purposes; they represent an important diagnostic aide. A radiographic exam is a combination of periapical, bitewing, panoramic films or other views selected for a Member based on need. The number and type of radiographs in any examination will vary according to the needs of the Member.

- B. Preventative** – Those procedures that aid in the prevention of dental and oral disease. Refer to the “Preventive” category of the Schedule of Benefits to determine which specific procedures are Covered Services and their Copayment amounts.

Preventive Services may include the following:

1. Prophylaxis (Adult and Child) – These cleanings include scaling and polishing of the crown portion of exposed teeth in the mouth and is the treatment for the removal of stain, plaque, and calculus (tartar) above the gum line. It is not intended to be treatment for active periodontal disease where subgingival (beneath the gum line) scaling and root planing is usually required.
3. Nutritional Counseling for Control of Dental Disease – Counseling on food selection and dietary habits as a part of the treatment and control of periodontal disease and caries.

- C. Restorative Services** – Those procedures used to repair and restore the natural teeth to healthy condition. Refer to the “Restorative Services” category of the Schedule of Benefits to determine which specific procedures are Covered Services and their Copayment amounts.

1. Crowns – Single Restoration Only – Those procedures that include gold, ceramic, porcelain and porcelain fused to metal in covering the tooth.
3. Other Restorative Services –
 - a) Prefabricated Stainless Steel and Resin Crowns

D. Endodontics – Those procedures that involve treatment of the pulp, root canal and roots. Refer to the “Endodontics” category of the Schedule of Benefits to determine which specific procedures are Covered Services and their Copayment amounts.

1. Apicoectomy – A surgical procedure to repair the damages to the root surface.

E. Periodontics– Those procedures that involve the treatment of the gum and bone supporting the teeth and the management of gingivitis (gum inflammation) and periodontitis (gum disease). Refer to the “Periodontics” category of the Schedule of Benefits to determine which specific procedures are Covered Services and their Copayment amounts.

1. Periodontal Services (Surgical). The following Periodontal Services (Surgical) are Covered Services
 - a) Gingivectomy – Removal of part of the gingival margin resulting in exposure of more tooth structure.
2. Periodontal Services (Non-surgical)

Scaling and Root Planing - Instrumentation of the crown and root surface of the teeth to remove plaque, calculus (tartar), and contaminated connective tissue from these surfaces.

F. Prosthodontics, Removable– Replacement of lost teeth by a removable prosthesis and the maintenance of those appliances. Refer to the “Prosthodontics (Removable)” category of the Schedule of Benefits to determine which specific procedures are Covered Services and their Copayment amounts.

1. Complete and Partial Dentures – Full or partial dentures are a Covered Service when dentures are necessary for the dental health of the Member consistent with professionally recognized standards of dental practice.

Replacement of an existing appliance will be covered if the appliance is over five years old. The five year limitation does not apply to services rendered while the Member was not covered, to clinically defective dentistry, or when replacement is necessary for the dental health of the Member consistent with professionally recognized standards of dental practice.

2. Tooth Additions and Repair to Existing Dentures – When required because of loss of natural teeth, tooth addition to existing dentures is covered by the Plan. Replacement of missing or broken denture teeth, and repairs to the denture base are also covered.
3. Denture Rebase – The process of refitting a denture by resurfacing the tissue side of the denture, or by replacing the base material of the denture. Relining and rebasing existing dentures are also Covered Services.
4. Interim Prosthesis – A provisional prosthesis designed for use over a limited period of time, after which it will be replaced by a more definitive restoration

G. Prosthodontics, fixed (Fixed Partial Dentures or Bridges) –

Replacement of lost teeth by fixed prosthesis is a Covered Service. Refer to the “Prosthodontics, Fixed” category of the Schedule of Benefits to determine which specific procedures are Covered Services and their Copayment amounts.

1. Fixed Partial Denture Pontics (an artificial tooth on the Fixed Partial Denture) and Abutment Crowns (an artificial crown made to support a Fixed Partial Denture, and which is attached to the Fixed Partial Denture Pontic via a retainer) used in the fabrication process of Fixed Partial Dentures are Covered Services.

LIMITATIONS, EXCLUSIONS, EXCEPTIONS, REDUCTIONS

Limitations

The following Limitations apply to Covered Services set out in the Benefits Section of this Evidence of Coverage Booklet. Where the description of a Limitation refers to the Schedule of Benefits for more information or detail, refer to the corresponding category heading in the Schedule of Benefits.

A. Diagnostic – The following limitations apply to this category of services:

1. Coverage for bite wing X-rays is limited to no more than one series of four in any six-month period, unless the Participating Provider determines additional X-rays are necessary for the dental health of the Member in accordance with professionally recognized standards of dental practice.

B. Preventive – The following Limitations apply to this category of services:

Prophylaxis

The Plan provides coverage for these “teeth cleanings” only once every six (6) months. If applicable, the Copayment for each cleaning is specified in the Schedule of Benefits. An additional prophylactic cleaning will be covered if the treating Participating Provider deems it necessary for the dental health of the Member, consistent with professionally recognized standards of dental practice. Some examples of situations where additional prophylaxes may be necessary for the dental health of the Member are:

1. Pre-radiation therapy as ordered by an oncologist;
2. Gingival hyperplasia due to the use of Dilantin for the treatment of epilepsy;
3. Inflammation due to syphilis or tuberculosis;

4. Chronic menopausal gingivostomatitis; and
5. Leukemia or HIV induced gingivitis.

C. Restorative Services – The following Limitations apply to this category of services:

Crowns

1. Crowns will be covered when a filling cannot adequately restore the dental health of a Member in accordance with professionally recognized standards of dental care (Example: buccal or lingual walls are either fractured or decayed to the extent that they do not hold a filling).
2. Replacement of an existing crown will be covered if the crown is over five years old or if the existing crown cannot adequately restore the dental health of a Member in accordance with professionally recognized standards of dental practice. The five-year limitation does not apply to clinically defective dentistry or to services rendered while the Member was not covered under this Benefit Plan.
3. Precious metal crowns – use of precious metal in fabrication of a crown is considered elective unless specifically listed as one of the Covered Services of the Member's Plan. (See attached Schedule of Benefits for detailed information). If the Member elects to receive a precious metal crown that is not a Covered Service, the Member must pay the Participating Provider's

charges that exceed the Copayment for a full cast metal crown.

- D. Periodontics** – The following Limitations apply to this category of services:

Scaling and Root Planing

Periodontal scaling and root planning – one (1) per quadrant per twenty-four (24) consecutive months.

Surgical periodontal procedures- one (1) per thirty-six (36) consecutive month period per area of the mouth.

- E. Prosthodontics, Removable** – The following Limitations apply to this category of services:

Partial Dentures

Replacement of an existing appliance will be covered if the appliance is over five years old. Replacement of appliances that are less than five years old is covered only if the appliance was originally provided while the Member was not covered under any Western Dental Benefit Plan, if replacement is required as a result of clinically defective dentistry, or when replacement is necessary for the dental health of the Member consistent with professionally recognized standards of dental practice and preauthorized by the Plan.

Repair to Existing Denture

Repair of appliances damaged due to Member abuse is not covered.

Denture Reline and Rebase

Relines of full or partial dentures are limited to twice per calendar year, unless the treating Participating Provider determines that additional relines are necessary for the dental health of the Member in accordance with professionally recognized standards of dental practice.

- F. Prosthodontics, Fixed (Fixed Partial Dentures or Bridges) –**

The following Limitations apply to this category of services:

Fixed Partial Dentures, Pontics, and Crowns

1. Replacement of an existing appliance will be covered if the appliance is over five years old. The five year limitation does not apply to services rendered while the Member was not covered, or to replacement required as a result of clinically defective dentistry.
2. Precious metal Fixed Partial Dentures are not covered unless specifically listed as a Covered Service of the Member's Benefit Plan in the Schedule of Benefits or the treating Participating Provider determines that such services are necessary for the dental health of the Member consistent with professionally recognized standards of dental practice. If the Member elects to receive a precious metal Fixed Partial Denture when it is not a Covered Service, the Member must pay the Participating Provider's charges that exceed the Copayment for a non-precious metal Fixed Partial denture.

Exclusions

The following dental procedures and services are not covered by the Benefit Plan. No dental service is covered unless specifically identified in the Schedule of Benefits. Where the description of an Exclusion refers to the Schedule of Benefits for more information or detail, refer to the corresponding category heading in the Schedule of Benefits.

A. Preventive

Supplies used for oral hygiene, plaque control, oral psychotherapy instruction, and chemical analysis of saliva.

B. Restorative Services

1. Crowns that are cosmetic in nature are not covered.
2. Crowns that are lost, stolen, or damaged when due to Member abuse, misuse or neglect.
3. Implant supported crown and abutment supported crowns on a dental implant are not Covered Service.

C. Periodontics

The following Periodontal Services are not covered unless specifically identified in the Schedule of Benefits:

1. Crown Lengthening – Surgical procedure involving the removal of gingiva and supporting bone to expose more tooth structure in preparation for a crown procedure is not covered unless specifically listed as a Covered Service of the Member's Benefit Plan. (See attached Schedule of Benefits for detailed information.)
2. Bone Grafts – Use of various forms of graft to stimulate bone formation is not covered unless specifically listed as a Covered Service of the Member's Benefit Plan. (See attached

Schedule of Benefits for detailed information.)

3. Soft Tissue Graft – Use of gingiva as a graft to repair a gingival defect or an exposed root is not covered unless specifically listed as a Covered Service of the Member's Benefit Plan. (See attached Schedule of Benefits for detailed information.)
4. Full Mouth Debridement – Removal of plaque and calculus that obstruct the ability to perform an evaluation. This procedure is not covered unless specifically listed as a Covered Service of the Member's Benefit Plan. (See attached Schedule of Benefits for detailed information.)

D. Prosthodontics, Removable

1. Lost, stolen, or damaged appliances due to Member abuse are not covered.
2. Removable Prosthetic Services and supplies that are cosmetic in nature.
3. Implant supported prostheses are not a Covered Service.
4. Charges for specialized techniques involving precision attachments, and personalization or characterization of such appliances are not covered.
5. Overdentures (dentures that overlie, and are supported by, a retained tooth root or a dental implant) are not covered.

E. Prosthodontics, Fixed (Fixed Partial Dentures or Bridges)

1. Lost, stolen, or damaged Fixed Partial Dentures, due to Member abuse is not covered.
2. Distal extension posterior cantilever pontics, which are supported at the front end only, are not covered.
3. Implant supported prostheses are not a Covered Service.
4. Correction of Occlusion or "occlusal equilibration" when performed independently of a completed restoration of a

prosthesis may be recommended to treat Temporomandibular Joint Disorders (TMJ) or Myofacial pain. In such instances, correction of occlusion is not covered, since this Benefit Plan does not cover treatments of disturbances of the TMJ.

5. Fixed Partial Dentures are not covered if the Member is missing teeth on opposite sides of the same arch, because a Removable Partial Denture is considered an adequate replacement. If the Member elects to receive a Fixed Partial Denture, the Member must pay the Participating Provider's charges that exceed the Copayment for a Removable Partial Denture as set forth in the Schedule of Benefits. This exclusion does not apply if the treating Participating Provider determines that such services are necessary for the dental health of the Member consistent with professionally recognized standards of dental practice.
7. Fixed Partial Dentures are not covered unless a Removable Partial Denture cannot satisfactorily restore the case according to professionally recognized standards of dental practice. This limitation does not apply if the treating Participating Provider determines that such services are necessary for the dental health of the Member consistent with professionally recognized standards of dental practice.
8. Fixed Partial Dentures are not covered when abutment teeth are healthy and would be crowned only for the purpose of supporting a pontic. If Fixed Partial Dentures are used under these circumstances, it is considered elective and is not a Covered Service, and the Member must pay the Participating Provider's charges that exceed the Copayment for a Removable Partial denture as specified in the Schedule of Benefits. This limitation does not apply if the treating Participating Provider determines that such services are necessary for the dental health of the Member consistent with professionally recognized standards of dental practice.

F. Oral Surgery: any procedure that is not specifically listed as a Covered Service in the Schedule of Benefits.

G. Orthodontics

The following services are not covered under the orthodontic benefit:

1. TMJ/Myofunctional Therapy –Therapy for treatment of jaw joint problems, and teaching and therapy for improper swallowing and tongue posture are not covered.
2. Surgical Orthodontics – Surgical Orthodontics to reposition the jaw bones and teeth is not covered.
3. Treatment of Cleft Palate – Treatment for problems involving holes or voids in the bone that forms the roof of the mouth is not covered.
4. Orthognathic Surgery- Surgery to move the jaw bones into alignment is not covered.
5. Removable Orthodontic Appliance Therapy – The use of appliances that are removable from the mouth by the Member and which are used to hold or move and align teeth are not covered.

6. Treatment of Hormonal Imbalances – The treatment of hormone imbalances that influence growth and influence the ability of teeth to move without root damage is not covered.
7. Class III Orthodontics – Treatment for problems with the growth relationship of the upper and lower jaw resulting in positioning of the lower jaw or teeth in front of the upper jaw or teeth is not covered.
8. Orthodontic Treatment Commenced Prior to Coverage – An orthodontic treatment program which commenced before the Member enrolled in this Benefit Plan is not covered.
9. Retreatment of Orthodontic cases – The treatment of orthodontic problems that have been treated before are not covered.
10. Lost, Stolen, Damaged or Broken Appliances - Damaged or lost retainers, brackets, bands, wires or other materials supplied by the orthodontist are not covered.
11. Extractions for Orthodontic Purposes -Removal of teeth specifically to correct orthodontic problems or due to lack of eruptive space are not covered.

H. General Exclusions

The following general exclusions are applicable to all services:

1. Treatment by someone other than a Participating Provider and/or duly qualified technician under the direction of a Participating Provider except for Emergency treatment as provided in the "EMERGENCY AND URGENT CARE" Section of this Evidence of Coverage, or upon prior authorization by the Plan.
2. Charges for medical treatment, prescriptions, or other non-dental charges incurred.
3. Hospitalization costs for any dental procedure, including all hospital services and medications, will be borne by the

Member. When deemed medically necessary by the Member's physician and preauthorized by the Plan, otherwise covered dental services that are delivered in an inpatient or outpatient hospital setting are Covered Services under the Benefit Plan. See attached Schedule of Benefits for applicable Copayments. All other associated expenses, including general anesthesia and IV conscious sedation, except as specifically listed in the limitation section of this document, remain the responsibility of the Member.

4. Treatment of malignancies, neoplasms, and cysts.
5. Treatment of disturbances of the Temporomandibular Joint (T.M.J.).
6. Procedures, restorations, and appliances to correct congenital or developmental malformations.
7. Services and supplies which are not deemed necessary for a Member's dental health in accordance with professionally recognized standards of dental practice are not covered.
8. Dental expenses incurred in connection with any dental procedure started after termination of coverage.
9. Dental expenses incurred in connection with any portion of the dental services provided prior to the effective date of coverage are excluded.
10. Appliances to correct and control harmful habits are not covered (e.g. tongue thrust and thumb sucking), unless specified in the accompanying Schedule of Benefits (See attached Schedule of Benefits for detailed information.). This exclusion is not intended to eliminate coverage for dental services based on the cause of the underlying condition being treated.

TERMINATION, RESCISSION AND CANCELLATION OF COVERAGE

Termination of Benefits

- A. Upon termination of a Subscriber's membership with the Group, Member, shall continue to be eligible to receive services until the last day of the month in which the Subscriber's termination occurred. (See "COBRA" section for continuation under COBRA).
- B. Continuing coverage under this Benefit Plan is subject to the terms and conditions of the Agreement.
- C. Pursuant to Section 1365(b) of the Knox-Keene Act, any Member who alleges his/her enrollment has been cancelled or not renewed because of the Member's health status or requirements for health care services may request review by the director of the Department of Managed Health Care.
- D. The Plan may terminate Member's enrollment in this Benefit Plan under the following circumstances:

If the Member knowingly provides false information on his or her enrollment form, or fraudulently uses services or facilities of the Plan or providers, or knowingly allows another person to do so.

Termination is effective 30 days after Notice of Cancellation, Rescission, or nonrenewal is sent to the Member. A notice of End of Coverage shall be sent to the Member no later than five (5) calendar days after the date of coverage ends.

If coverage is terminated for the reasons stated in this subsection D, Member forfeits all rights to COBRA Continuation Coverage or to enroll in the plan's individual conversion or other benefit plans in the future. The Plan does not provide for Member reinstatement following termination of individual membership.

- E. Participating Providers shall complete all procedures that were commenced prior to the date of the Member's termination.

- F. The Agreement between the Plan and Group shall not be canceled or not renewed except for specific reasons permitted by the Knox-Keene Act, including but not limited to any of the following circumstances:

- Failure to Pay Prepayment Fees. Group or association fails to pay any Prepayment Fee when due under the Agreement. The Plan will provide the Group with 30 days notice before cancellation of the Agreement for non-payment. Termination is effective as of the first day after the 30-day notice period.
- Fraud or Deception in Use of Services. Group or association engages in fraud or deception in the use of the services or facilities of the Plan, or knowingly permitted such fraud or deception by someone else. The Plan will provide the Group with a notice of termination. Termination will be effective at midnight on the date specified in the notice of termination, not less than 30 days after such notice.
- Fraud or Deception with Respect to Coverage. Group or association engages in fraud or misrepresentation with respect to the Agreement or the coverage of any person. The Plan will provide the Group with a notice of termination. Termination will be effective on the date specified in the notice of termination, not less than 30 days after such notice.
- Failure to Comply with Contribution Requirements. Group or association fails to comply with Group contribution level requirements set forth in the Agreement. The Plan will provide the Group with a notice of termination. Termination will be effective on the date specified in the notice of termination, not less than 30 days after such notice.

G. Enrollees subject to cancellations and nonrenewals for nonpayment of premiums will be sent a Notice of Start of Grace Period. These enrollees are entitled to a grace period of at least 30 consecutive days beginning the day the Notice of Start of Grace Period is dated, prior to cancellation, as follows: The grace period may not begin sooner than the day after the last date of paid coverage.

- A plan shall provide coverage pursuant to the terms of the contract during the entire grace period.
- Upon determining that an enrollee, subscriber, or group contract holder has failed to make a premium payment by the due date, the plan shall send a Notice of Start of Grace Period to the enrollee, subscriber, or group contract holder, notifying the recipient that a payment delinquency has triggered a grace period starting from the day the Notice of Start of Grace Period is dated.

- The plan shall continue the enrollee, subscriber, and/or group contract holder's coverage uninterrupted pursuant to the plan contract upon payment of all outstanding premium amounts at any time before the expiration of the grace period.
- The enrollee, subscriber, or group contract holder is financially responsible for any and all premiums and any copayments, coinsurance, or deductible amounts obligated under the plan contract, including those incurred for services received during the grace period.
- The plan shall send a Notice of Start of Grace Period to each subscriber in a group contract unless:
 - The plan contract requires the group contract holder to promptly send any such notice to each subscriber; and
 - The plan sends the notice to the group contract holder designated in the plan contract.
- In the event the plan, after compliance with all timing and notice requirements of this section, fails to receive all outstanding premium amounts from the enrollee, subscriber, or group contract holder on or before the last day of the grace period, as specified in the Notice of Start of Grace Period, coverage may be cancelled prospectively only after the expiration of the entire grace period.

H. Termination of coverage is effective for all Members, including those who are hospitalized or undergoing treatment for an ongoing condition. According to the terms of the Agreement, the Group is responsible for notifying the Member if and when the Agreement is terminated for any reason, including the non-payment of Prepayment Fees, and for providing the Member with a copy of the notice of termination provided to the Group by the Plan.

Note: If the Agreement with the Member's Group is terminated by the Plan, reinstatement of the Group's Agreement with the Plan is subject to all terms and conditions of that Agreement.

RENEWAL AND REINSTATEMENT OF COVERAGE

Renewal Provisions

The Plan has contracted to provide Covered Services for a period as specified in the Agreement. Thereafter, the Agreement may be renewed, with or without amendments, as specified in the Agreement. The Group or association may terminate the Agreement by giving the other party at least sixty (60) days written notice prior to the termination date of the Agreement. Failure to give such notice shall automatically renew the Agreement for a subsequent renewal term as specified in the Agreement. The Plan may change the Prepayment Fee and the Covered Services at the beginning of any renewal term of the Agreement by giving notice setting out the changes at least sixty (60) days prior to the start of the renewal term for which the changes are to be effective.

The Plan may not change the Prepayment Fee, the Copayment amounts paid by the Members, and the Covered Services in any manner during the contract term without a prior written agreement between the Group or association and Plan.

CONTINUATION OF BENEFITS

Individual Continuation of Benefits

1. **Loss of Group Eligibility**-The Member who becomes ineligible for group coverage may apply within 30 days of notice of ineligibility to continue Benefit Plan coverage. The terms and conditions under the Agreement in which such Member was enrolled shall continue in effect with the following exceptions: Notices and distribution of materials as required will be delivered directly to the Member; Member shall pay the applicable monthly premium in effect at the time the application to continue coverage is approved by the Plan. Such extension of coverage shall apply to the Dependent(s) of the converting Members upon the same terms and conditions as applied to the converting Member. Such application may be accepted or rejected at the option of the Plan; no automatic right of individual continuation of benefits exists.

2. Loss of Eligibility Due to Termination of Agreement - Plan reserves the right to offer conversion privileges to the Subscriber who becomes ineligible due to the termination of the Agreement. Should such conversion be offered to the Subscriber, application must be made within 30 days of notice of ineligibility to continue Benefit Plan coverage. The terms and conditions under the Agreement in which such Subscriber was enrolled shall continue in effect with the following exceptions: Notices and distribution of materials as required will be delivered directly to the Subscriber; Subscriber shall pay the applicable monthly premium in effect at the time the application to continue coverage is approved by the Plan. Such extension of coverage shall apply to the Dependent(s) of the converting Subscriber upon the same terms and conditions as applied to the converting Subscriber.

Cal-COBRA Continuation Coverage After COBRA

In the event a Member's Federal COBRA coverage began on or after January 1, 2003 and he or she has exhausted his or her Federal COBRA benefits, the Member may be eligible to continue benefits under "Cal-COBRA," as described below, at 110 % of the premium charged for similarly situated eligible employees currently working at the Member's former employment. A notice will be provided to the Member at the time the Member's COBRA benefits will exhaust, allowing up to 18 more months, but not to exceed 36 months from the date the Federal COBRA benefits began.

The California Continuation of Benefits Replacement Act ("Cal-COBRA") requires that employer groups with fewer than twenty (20) eligible employees offer eligible employees and their families the opportunity for a temporary extension of coverage in certain instances where coverage under the plan would otherwise end, which must be offered by employers of twenty (20) or more persons.

Eligibility and Qualifying Events: The Member has the right to choose Cal-COBRA continuation coverage if any of the following qualifying events ("Qualifying Events") occurs, resulting in a loss of coverage under the group benefit plan:

1. Termination of Subscriber's employment for reasons other than gross misconduct; or
2. The reduction in hours of Subscriber's employment.
3. Covered spouses or Dependents of an employee have the right to choose continuation coverage if any of the following Qualifying Events occur:

- a) The death of the Subscriber;
- b) The termination of the Subscriber's employment (for reason's other than gross misconduct) or reduction in the hours of employment;
- c) Divorce or legal separation from the Subscriber
- d) The Dependent child ceases to be a Dependent under the terms of this benefit plan; or
- e) The Subscriber becomes entitled to Medicare.

Notification of Qualifying Events: An eligible Member must notify the Group if either of the following two Qualifying Events occurs resulting in a loss of coverage: (i) Subscriber's termination of employment or (ii) Subscriber's reduction in hours of employment.

With respect to all other Qualifying Events (i.e.: death, divorce, legal separation, loss of Dependent status, and entitlement to Medicare), the Subscriber or qualified beneficiary must notify the Group of the occurrence of any such Qualifying Event. This notification must be made in writing within sixty (60) days of the Qualifying Event and delivered to the Group by first class mail, or other reliable means of delivery, including personal delivery, express mail, or private courier. Failure to provide the required notification within sixty (60) days of the Qualifying Event will disqualify the qualified beneficiary from receiving continuation coverage.

The notification should include the following information:

1. The name of the Member;
2. The Date and Type of Qualifying Event
3. Name of Employer Group and Group Plan Number
4. The name and address of all qualified beneficiaries.

Premium Payments: An eligible Member electing continuation coverage must pay to the Plan through the Group the required monthly premiums. The premium will not exceed 110% of the premium charged for active employees and/or Dependents in a comparable status. If an eligible Member is determined to be disabled for Social Security purposes, the eligible Member shall pay a premium no greater than 150% of the group rate after the first 18 months of continuation

coverage. An eligible Member's first premium payment shall be delivered by certified mail, or other reliable means of delivery, to the employer within 45 days of the date the eligible Member provided written notice to the Group of the election to continue coverage. The first premium payment must satisfy all required premiums and all premiums due. Failure to submit the correct premium amount within this 45-day period will disqualify the eligible Member from receiving continuation coverage.

Election and Enrollment: When the Group is notified that one of these events has occurred, the Group will notify the Member that he or she has the right to choose continuation coverage. If the Member elects continuation coverage, the coverage will be effective on the day after coverage would otherwise be terminated. Cal-COBRA continuation coverage will be the same as the coverage provided by the Group to similarly situated employees and Dependents. Members do not have to show that they are insurable to choose continuation coverage; however, they will pay 110% of the applicable premium charged to similarly situated individuals under the Group Agreement. If they do not elect coverage and pay the appropriate premium, their benefit coverage will terminate in accordance with the provisions outlined in this Evidence of Coverage.

Termination of Cal-COBRA Coverage: Cal-COBRA continuation coverage will be terminated at the first to occur of the following:

1. In the case of a qualified beneficiary who is eligible for Cal-COBRA coverage due to the termination of employment or a reduction in hours of employment, 36 months from the date Cal-COBRA coverage commenced;
2. The end of the period for which premium payments were made, if the qualified beneficiary ceases to make payments of a required premium;
3. In the case of a qualified beneficiary who is eligible for continuation coverage due to death, divorce or legal separation, loss of Dependent status, or entitlement to Medicare, the date 36 months after the date the qualified beneficiary's benefits under the contract would otherwise have terminated by reason of a Qualifying Event;
4. The qualified beneficiary is no longer entitled to Cal-COBRA coverage because he or she (a) becomes eligible for Medicare; (b) becomes covered under another group benefit that does not impose any exclusions or limitations with respect to any preexisting condition; (c) becomes eligible for Federal Cal-COBRA coverage; (d) becomes eligible for coverage under the Public Health Service Act; or (e) fails to submit the correct Cal-COBRA

premium amount, or fails to satisfy other terms and conditions of the plan contract.

5. The employer, or any successor employer or purchaser of the employer, ceases to provide any behavioral health group benefit coverage to his or her employees; or
6. The qualified beneficiary moves out of the Benefit Plan's service area or commits fraud or deception in the use of plan services.

A Member who is eligible for continuation coverage due to a loss of employment or reduction in hours worked, and determined, under Title II or XVI of the Social Security Act, to be disabled at any time during the first 60 days of continuation of coverage, and the spouse or dependent who has elected coverage, is eligible for 36 months of Cal-COBRA coverage, beginning from the date the qualified beneficiary's benefits under the contract would otherwise have terminated because of a qualifying event. The qualified Member shall notify Group of the social security determination within 60 days of the date of the determination letter and prior to the end of the original 36-month continuation coverage period. Group will charge 150% of the applicable premium after the initial 18 months of continuation coverage. The qualified Member must notify Group within 30 days upon the determination that the qualified Member is no longer disabled under Title II or XVI of the Social Security Act.

Early Termination of Group Contract: If the group contract between Group and Plan is terminated prior to the date the Member's continuation coverage would terminate under Cal-COBRA, the Member may elect continuation coverage under the new group benefit plan, if any, for the remainder of the time period the Member would have been covered by Plan. If there is a new group benefit plan, the Member must contact the new benefit plan for details on continuing coverage through the plan. Please note that continuation coverage will terminate if the Member fails to comply with the requirements pertaining to enrollment in, and payment of premiums to the new benefit plan within 30 days of receiving notice by Plan of the termination of its group contract with the Member's employer.

Individuals Ineligible for Cal-COBRA: The following individuals are not eligible for Cal-COBRA continuation coverage:

1. Individuals who are entitled to Medicare;
2. Individuals who are covered under another group benefit that does not impose any exclusion or limitation with respect to any preexisting condition;

3. Individuals who are eligible for federal COBRA coverage;
4. Individuals who are eligible for coverage under the Public Health Service Act, such as government employees and their dependents;
5. Individuals who fail to meet the requirements set forth above relating to notification of a Qualifying Event or election of continuation coverage; and
6. Individuals who fail to submit the correct Cal-COBRA premium amount, or fail to satisfy other terms and conditions of the plan contract.

COBRA

Federal COBRA Information

Pursuant to COBRA legislation, this information will serve to advise the Member of certain rights which the Member or his/her family members may have to continuation of coverage under the Benefit Plan in the event of a termination of eligibility due to one of the following qualifying events:

1. Death of covered employee;
2. Termination of covered employee (other than for gross misconduct) or reduction in covered employee's hours of employment;
3. Divorce or legal separation of the covered employee from the employee's spouse;
4. Entitlement to Medicare benefits by the covered employee;
5. A Dependent child ceasing to be eligible for coverage as a Dependent child under the Benefit Plan.

For widows, divorced spouses, spouses of Medicare eligible employees, and Dependent children who become ineligible under the Benefit Plan, continuation coverage may be available for up to 36 months. Continuation coverage for terminated or reduced hour employees, and their eligible Dependents, may be available for up to 18 months.

A monthly premium must be paid by the Member to the Plan through his or her employer for the continuation coverage. The premium will be determined at the time of eligibility and will be subject to change; however, the premium charged to

you will not exceed 102% of the premium charged for active employees and/or Dependents in a comparable status. The continuation coverage will be the same as the coverage available to continuing employees, regardless of the Member's health at the time. Coverage under COBRA must begin on the date of the qualifying event.

Continuation coverage will not be available to the Member after:

1. The Member fails to make timely premium payments; or
2. The Member or his or her spouse or Dependent is covered under any other group health plan as the result of employment, re-employment, or remarriage; or
3. The Member or his or her spouse or Dependent becomes entitled to Medicare benefits; or
4. The Member's employer or former employer ceases to maintain the Benefit Plan for employees.

At the time of eligibility for continuation coverage, an election form will be provided to the Member by his or her employer or by the plan administrator. The form must be completed and returned by the date noted. The Member or his or her eligible family member must notify the employer and the plan administrator of a divorce, legal separation, or loss of eligibility of a dependent child upon the occurrence of such event.

If a Member should have any questions about this benefit, please direct them to the Member's employer.

The Member also has the option of obtaining coverage under an individual plan.

GRIEVANCE PROCEDURES

Complaints and Disputes

Any dispute, complaint, or request for information should be directed to the Plan at the following address by certified mail, return receipt requested:

WESTERN DENTAL SERVICES, INC.
P.O. Box 14227
Orange, CA 92863

Telephone calls should be made to the Plan at the following number:

(800) 992-3366

Grievance Procedures

Members are encouraged to contact the Plan at the telephone number listed above regarding any concerns they may have while obtaining services. The Plan maintains a grievance process to address these concerns. Member complaints or grievances can be made in person, at any Participating Provider's office, by obtaining a grievance form from and submitting it to the Plan, or by submitting the grievance using the Plan's website at www.westerndental.com. There is a representative at the Participating Provider's office or at the Plan's corporate office to aid the Member in filling out the grievance form. Completed grievance forms must be mailed to the Plan at the address listed above. Members will receive a written response within 30 days as to the disposition of the grievance.

The California Department of Managed Health Care ("Department") is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against Western Dental, you should first telephone Western Dental at **1-800-992-3366**, and use Western Dental's grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by Western Dental, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatment that are experimental, or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number (**1-888-466-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing and speech impaired. The department's Internet Website <http://www.dmh.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms, and instructions online.

A Member may submit a complaint or grievance to the Department for review after the Member has participated in the Plan's grievance process for at least 30 days.

Commented [CF1]: @Kristin This TFN you have listed belongs to another client. We need to keep the 800-992-3366.

If the Member's grievance involves an imminent and serious threat to his or her health—including but not limited to, severe pain, potential loss of life, limb, or major bodily functions—the Member may submit the grievance to the Department without waiting 30 days. In such a situation, the Plan will expedite the review of such grievance and immediately inform the Member of his or her right to notify the Department of the grievance. In such a situation, the Plan also will provide the Member and, as appropriate, the Department with a written statement of the status or disposition of the grievance within three days of receipt of the grievance.

The Plan will provide written acknowledgement of receipt of a grievance within five (5) calendar days of receipt of the grievance. The acknowledgement will indicate that the grievance has been received, will include the date of receipt of the grievance, and will indicate the name, telephone number and address of the plan representative who may be contacted about the grievance.

Independent Medical Review (IMR)

You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatment that are experimental, or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number (**1-888-466-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing and speech impaired. The department's Internet Website <http://www.dmhca.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms, and instructions online.

RIGHT TO SUBMIT GRIEVANCE REGARDING CANCELLATION, RESCISSION, OR NONRENEWAL OF YOUR PLAN ENROLLMENT, SUBSCRIPTION, OR CONTRACT.

If you believe your health care coverage has been, or will be, improperly cancelled, rescinded, or not renewed, you have the right to file a grievance with the plan and/or the Department of Managed Health Care.

OPTION (1): YOU MAY SUBMIT A GRIEVANCE TO YOUR PLAN

You may submit a grievance to Plan by calling 1-800-992-3366 or online at www.westerndental.com or by mailing your written grievance to:

WESTERN DENTAL SERVICES, INC.

P.O. Box 14227
Orange, CA 92863

You may want to submit your grievance to the Plan first if you believe your cancellation, rescission, or nonrenewal is the result of a mistake. Grievances should be submitted as soon as possible. The Plan will resolve your grievance or provide a pending status within three (3) calendar days. If you do not receive a response from the Plan within three (3) calendar days, or if you are not satisfied in any way with the Plan's response, you may submit a grievance to the Department of Managed Health Care as detailed under Option 2 below.

**OPTION (2): YOU MAY SUBMIT A GRIEVANCE DIRECTLY TO THE
DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE**

.You may submit a grievance to the Department of Managed Health Care without first submitting it to the Plan or after you have received the Plan's decision on your grievance. You may submit a grievance to the Department of Managed Health Care online at:

WWW.HEALTHHELP.CA.GOV

You may submit a grievance to the Department of Managed Health Care by mailing your written grievance to:

HELP CENTER
DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE
980 NINTH STREET, SUITE 500
SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725

You may contact the Department of Managed Health Care for more information on filing a grievance at:

PHONE: 1-888-466-2219
TDD: 1-877-688-9891
FAX: 1-916-255-524

ARBITRATION

Any and all disputes of any kind whatsoever, including, but not limited to, claims for dental malpractice (that is as to whether any dental services rendered under

the Benefit Plan were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered) between Member (including any heirs, successors, or assigns of Member) and Plan, except for claims subject to ERISA, shall be submitted to binding arbitration. Any such dispute will not be resolved by a lawsuit or resort to court process, except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Member and Plan are giving up their constitutional rights to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and are instead accepting the use of binding arbitration by a single arbitrator in accordance with the comprehensive rules ("Comprehensive Rules") of JAMS, and administration of the arbitration shall be performed by JAMS or such other arbitration service as the parties may agree in writing. The parties will endeavor to mutually agree to the appointment of the arbitrator, but if such agreement cannot be reached within

thirty (30) days following the date demand for arbitration is made, the arbitrator appointment procedures in the Comprehensive Rules will be utilized.

Arbitration hearings shall be held in the California county in which the Member resides at the time of their initial enrollment, or at such other location as the parties may agree in writing. Civil discovery may be taken in such arbitration as provided by California law and the Code of Civil Procedure. The arbitrator selected shall have the power to control the timing, scope and manner of the taking of discovery and shall further have the same powers to enforce the parties' respective duties concerning discovery as would a Superior Court of California including, but not limited to, the imposition of sanctions. The arbitrator shall have the power to grant all remedies provided by California law. The parties shall divide equally the expenses of JAMS and the arbitrator. In cases of extreme hardship, the Plan may assume all or part of the Member's share of the fees and expenses of JAMS and the arbitrator, provided the Member submits a hardship application to JAMS. The approval or denial of the hardship application will be determined solely by JAMS.

The arbitrator shall prepare in writing an award that includes the legal and factual reasons for the decision. The arbitration decision is final and binding on the parties, and the award may only be vacated or corrected pursuant to California law. The Federal Arbitration Act, 9 U.S.C. §§ 1-16, shall also apply to the arbitration.

MISCELLANEOUS

Coordination of Benefits

Coordination of Benefits is a process, regulated by law, which determines the financial responsibility for payment when a person has group health care coverage under more than one plan. The following rules are used to determine which plan is primary and which is secondary for payment. The rules define the "Coordination of Benefits."

- A. Member may be covered as an Subscriber by his/her Group or association and as a dependent by his/her spouse's employer. The plan that covers the Member as an Subscriber (the policyholder) has primary plan benefits.

WHEN THE PLAN IS PRIMARY, the Member's Participating Provider can:

- Submit to the insurance company on a secondary basis at Participating Provider's usual and customary rates, but indicating the out-of-pocket Benefit Plan Copayment for procedures performed.
- Accept payment from the secondary insurance company equal to the Member Benefit Plan Copayments.

- Only bill the Member if the insurance pays an amount less than the Benefit Plan Copayment. The Participating Provider may bill Member for the Copayment.

WHEN THE PLAN IS SECONDARY, the Member's Participating Provider can:

- Bill primary coverage for all procedures at Participating Provider's usual and customary rates.
- When the Benefit Plan is secondary, the Participating Provider is entitled to keep all proceeds from the primary plan, but must waive the Benefit Plan Copayment if the reimbursement exceeds the Copayment responsibility. However, if the other plan benefit is less than the Copayment, the Participating Provider or the office may collect the difference from the Member.

Participation in Public Policy

The Plan welcomes Member participation on its public policy committee, which meets quarterly at the Plan's corporate offices in Orange, California. In order to be considered for membership, please write or call the Plan's Member Services Department at 800.992.3366

Filing Claims

In the event that Member requires Emergency Dental Care, Member should contact his or her Participating Provider to schedule an immediate appointment. For urgent dental conditions that occur after hours or on weekends, Member should contact the Participating Provider for instructions on how to proceed. If after contacting the Participating Provider the Member is advised that the Participating Provider is not available, Member may obtain Emergency Dental Care from any licensed dentist in the area where such dental emergency occurs. Members may contact the Plan for assistance with obtaining an emergency appointment from a Participating Provider. Treatment by Participating Providers will be provided at the applicable Copayment listed in the Schedule of Benefits. However, there is a one hundred (\$100) maximum allowable benefit for Emergency Dental Care provided by a Non-Participating Provider. The Plan requires an itemized statement of services from the Non-Participating Provider or the

Member within one-hundred eighty (180) days from the date of service for verification of benefit reimbursement.

The Member must include the itemized statement of services, the Member's name, address, Member ID number, dates of service, treating provider's name, address, and telephone number, and a statement of the problem, and mail it to:

Western Dental Services, Inc.

Attn: Specialty Referrals/Claims Department

P.O. Box 14227

Orange, California 92863

The Member should retain a copy of the information, and the Plan will either send the Member a check or explain any denial within thirty (30) business days of the Plan's receipt of the Member's claim.

Confidentiality of Dental Records

A STATEMENT DESCRIBING OUR POLICIES AND PROCEDURES FOR PRESERVING THE CONFIDENTIALITY OF DENTAL RECORDS IS AVAILABLE AND WILL BE FURNISHED TO THE MEMBER UPON REQUEST

Organ Donations

Donating organs and tissue provides many societal benefits. Organ and tissue donation allows recipients of transplants to go on to lead fuller and more meaningful lives. Currently, the need for organ transplants far exceeds availability. If a Member is interested in organ donation, he or she should speak with his or her physician. Organ donation begins at the hospital when a Member is pronounced brain dead and identified as a potential organ donor. An organ procurement group will become involved to coordinate the activities.

Grandfathered Health Plan Status

The Plan believes it is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that the Member’s Benefit Plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventive dental services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example, the elimination of lifetime limits on benefits.

Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator at (800) 992-3366. A Member may also contact the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans. A Member may also contact the U.S. Department of Health and Human Services at www.healthreform.gov.

**EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN
COMBINADOS DEL PLAN DE ATENCIÓN DENTAL EMITIDO POR
WESTERN DENTAL SERVICES, INC.**

P.O. BOX 14227

ORANGE, CA 92863

(800) 992-3366

Plan colectivo

Programa Medi-Cal/Medicaid y Medicare para adultos

Esta Evidencia de cobertura y formulario de divulgación combinados constituyen solo un resumen del plan dental. Se debe consultar el contrato de suscriptor colectivo del plan dental para conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura.

Se entregará una copia de ejemplo del contrato de suscriptor colectivo dental a partir de una solicitud previa.

BIENVENIDO A WESTERN DENTAL.

Este cuadernillo de Evidencia de cobertura, que incluye la Evidencia de cobertura y el formulario de divulgación combinados, y la Tabla de beneficios que lo acompaña describen el plan dental que ofrece Western Dental Services, Inc., e informa sobre los términos y condiciones de la cobertura. Todos los solicitantes tienen el derecho de revisar este cuadernillo de Evidencia de cobertura antes de inscribirse. A lo largo de este cuadernillo de Evidencia de cobertura, "Plan" hace referencia a Western Dental.

En este cuadernillo de Evidencia de cobertura, se explican los derechos y las responsabilidades del Miembro en carácter de Miembro de Western Dental. También se explican las responsabilidades que tiene el Plan ante el Miembro. El cuadernillo de Evidencia de cobertura contiene información importante y debe leerse por completo y detenidamente. Las personas que tienen necesidades de salud especiales deben leer detenidamente las secciones que se refieren a ellas. Guarde el cuadernillo de Evidencia de cobertura en un lugar seguro, a fin de tenerlo a mano para una consulta rápida. Si un Miembro desea recibir información adicional sobre los beneficios de inscripción en Western Dental, llámenos al número mencionado anteriormente.

Este cuadernillo de Evidencia de cobertura no entra en vigencia hasta que el Contrato colectivo del suscriptor (el "Contrato") entre la asociación del Miembro, u otra entidad a través de la cual usted recibe cobertura en virtud del Plan de beneficios, (el "Grupo") y Western Dental sea aprobado y firmado por el Plan y el Grupo o la asociación. Este Plan de beneficios debe interpretarse de conformidad con las leyes del estado de California. Toda acción en relación con este Plan de beneficios debe iniciarse y tramitar en el condado en el que vive el Miembro al momento de firmar el Contrato o en otro lugar que las partes acuerden mutuamente por escrito.

Importante: Salvo por la atención y los servicios dentales de emergencia que el Plan autorice previamente para que sean proporcionados por proveedores no participantes, los servicios cubiertos en virtud de este Plan de beneficios solo están disponibles si los prestan los proveedores participantes de conformidad con todos los términos y condiciones de la cobertura que se describen en este cuadernillo de Evidencia de cobertura y en el Contrato.

Es responsabilidad del Miembro determinar si el dentista o especialista dental elegido es un proveedor participante. También es responsabilidad del Miembro determinar si el referido realizado por su dentista o proveedor participante es a un proveedor participante. Aunque el dentista del Miembro sea un proveedor participante, no se debe suponer que el referido a otro dentista/especialista o centro constituye una determinación de que ese dentista/especialista o centro también son proveedores participantes. Si no está seguro del estado de un dentista o centro, llame al Departamento de Servicios al Miembro del Plan al 800-992-3366 para verificarlo.

Índice

DEFINICIONES.....	5
ACCESO A LOS SERVICIOS.....	7
CENTROS	7
ELECCIÓN DE DENTISTAS.....	7
RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO POR EL PAGO	8
REEMBOLSO DEL PROVEEDOR	8
ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA	10
SEGUNDAS OPINIONES DENTALES	11
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	12
REFERIDOS	13
AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN O DENEGACIÓN DE SERVICIOS.....	13
TARIFAS Y CARGOS.....	15
PRIMAS	15
COPAGOS.....	15
RESPONSABILIDAD POR EL PAGO	15
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	15
ELEGIBILIDAD.....	15
FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.....	16
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	16
SERVICIOS CUBIERTOS.....	16
LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES, REDUCCIONES.....	21
LIMITACIONES	21

EXCLUSIONES	24
FINALIZACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA	29
FINALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS	29
RENOVACIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA	32
DISPOSICIONES DE RENOVACIÓN	32
CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS.....	33
CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE LOS BENEFICIOS	33
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE CAL-COBRA DESPUÉS DE LA LEY COBRA	33
COBRA.....	37
INFORMACIÓN SOBRE LA LEY COBRA FEDERAL	38
PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES	39
RECLAMOS Y DISPUTAS	39
PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES	39
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR).....	40
DISPOSICIONES VARIAS.....	43
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	43
PARTICIPACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS	44
PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES.....	44
CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DENTALES.....	45
DONACIÓN DE ÓRGANOS	45
CONDICIÓN DE PLAN DE SALUD AMPARADO	45

DEFINICIONES

Dentición permanente se refiere a los dientes que se forman después del cese del crecimiento que afectaría el tratamiento de ortodoncia.

Odontología estética se refiere a los procedimientos dentales que se realizan puramente con fines estéticos, en los que no hay valor restaurativo.

Contrato se refiere al Contrato de suscriptor colectivo entre la asociación o el Grupo del Miembro (Grupo) y el Plan.

Plan de beneficios se refiere al plan dental especializado que ofrece Western Dental Services, Inc en virtud de los requisitos de la Knox-Keene Health Care Service Plan Act (Ley de Planes de Servicios de Atención de Salud Knox-Keene) y sus normas reglamentarias.

Copago se refiere al costo que el proveedor participante le cobra el Miembro, tal como se describe en este cuadernillo de Evidencia de cobertura, el Contrato y en la Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos se refiere a los servicios dentales disponibles en virtud del Contrato en el que el Miembro está inscrito.

Odontología electiva se refiere a los procedimientos dentales que son innecesarios para la salud dental del Miembro, según lo determine un proveedor participante.

Participantes elegibles se refiere a los Suscriptores del Grupo o la asociación que son elegibles para participar en el Plan de beneficios en virtud de los requisitos de elegibilidad establecidos por el Grupo o la asociación.

Atención dental de emergencia se refiere a los servicios destinados a diagnosticar y tratar una afección dental, que se manifiesta a través de síntomas agudos de gravedad suficiente, incluido el dolor intenso, en circunstancias en las que podría esperarse que la ausencia de atención dental inmediata ocasione alguno de los siguientes resultados:

- Un riesgo grave para la salud de la persona.

- Una alteración grave de las funciones corporales.

- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Exclusiones se refiere a cualquier disposición del Plan de beneficios por la cual se elimina por completo la cobertura de un riesgo específico o de una afección determinada.

Grupo se refiere al grupo o a la asociación que contrató con el Plan para prestar los servicios cubiertos que se describen en este cuadernillo de Evidencia de cobertura.

Limitaciones se refiere a cualquier disposición, que no sea una Exclusión, que restringe la cobertura en virtud del Plan de beneficios.

Medicare se refiere a un programa de seguro de salud federal para personas mayores de determinada edad o con discapacidades.

Medi-Cal se refiere al nombre del programa Medicaid de California. El estado dirige el programa Medi-Cal, y tanto el estado como el gobierno federal lo pagan.

Miembro se refiere a un Participante elegible que está inscrito en el Plan de beneficios, y para quien el Grupo o la asociación ha pagado las Tarifas por pago anticipado al Plan.

Proveedor no participante se refiere a un dentista que no es empleado del Plan o que no tiene un contrato para prestar servicios para el Plan.

Proveedor participante se refiere a un dentista que es empleado del Plan o que tiene un contrato con el Plan en calidad de Dentista de atención primaria o Especialista.

Plan se refiere a Western Dental Services, Inc.

Tarifa por pago anticipado se refiere al monto que debe pagar cada mes, por adelantado, el Miembro o el Grupo (o ambos) para obtener los beneficios que se proporcionan en virtud del Contrato.

Dentista de atención primaria o PCD se refiere a un dentista general o pediátrico que coordina, respalda y proporciona la atención dental y que, a su vez, es un Proveedor participante.

Dentición primaria se refiere a los dientes que se desarrollan y salen primero en orden de tiempo.

Tabla de beneficios se refiere a la lista de Servicios cubiertos y a los montos de Copago autorizados en virtud del Plan de beneficios, tal como se describe en esta Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

Especialista se refiere a un dentista que es un Proveedor participante y es responsable de la Atención dental especializada específica de un Miembro en un campo específico de la odontología, como endodoncia, periodoncia, cirugía bucal u ortodoncia, cuando el Miembro es referido por un Proveedor participante.

Atención dental especializada específica se refiere a los servicios cubiertos diagnosticados y administrados a un Miembro en particular por un Especialista

que el Miembro recibe como resultado de un referido al Especialista u otro Proveedor participante.

Suscriptor se refiere a la persona inscrita en el Plan de beneficios para quien el Plan ha recibido el pago de las Tarifas por pago anticipado correspondientes y cuyo estado constituye el fundamento de la elegibilidad para la inscripción.

Dentición transitoria se refiere a la fase final de la transición de dientes primarios a dientes permanentes, en la que los dientes de leche están por caerse y los dientes permanentes están saliendo.

Atención de urgencia se refiere a la atención de salud para una afección que requiere atención inmediata.

ACCESO A LOS SERVICIOS

Centros

Los Miembros pueden obtener una lista de los Proveedores participantes del Plan si llaman al Departamento de Servicios al Miembro al (800) 992-3366. Los Proveedores participantes están disponibles durante el horario de atención habitual que se especifica en el listado de Proveedores participantes. Si un Miembro tiene una pregunta con respecto a los días o el horario de atención del centro del Proveedor participante, puede consultar el listado de proveedores o puede escribir o llamar al Proveedor participante a la dirección y al número de teléfono que se indican en la lista de proveedores, o bien, al Plan a la dirección y al número de teléfono que se indican en este cuadernillo de Evidencia de cobertura. En el paquete de inscripción, también se incluye una copia del listado de proveedores.

El Miembro puede recibir servicios dentales de emergencia después del horario de atención habitual si llama al número de teléfono local del centro del Proveedor participante. Se le cobrará al Miembro el Copago aplicable que se indica en la Tabla de beneficios para “Visita al consultorio después del horario de atención (código de procedimiento de la ADA [American Dental Association] 9940)”.

Elección de dentistas

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉNES O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES EL MIEMBRO PUEDE RECIBIR BENEFICIOS Y COBERTURA.

Cada Miembro debe recibir Servicios cubiertos de un Proveedor participante. Cuando un Miembro necesita ir al dentista, primero debe acudir al Dentista de

atención primaria que eligió al momento de inscribirse. El Miembro puede designar cualquier Dentista de atención primaria que esté disponible. El Miembro debe revisar el *Directorio de proveedores* más actualizado del Plan correspondiente al Plan que cubre al Miembro para saber quién está disponible. Una vez que el Miembro haya designado un Dentista de atención primaria, el Miembro debe comunicarse con el Dentista de atención primaria para recibir Servicios cubiertos. El nombre y el número de teléfono del Dentista de atención primaria del miembro se encuentran en la tarjeta de identificación del Plan del Miembro.

Cada Miembro debe designar a su Dentista de atención primaria en su formulario de inscripción. Si el Miembro no designa un Dentista de atención primaria, el Plan lo hará. Si el Miembro desea cambiar de Dentista de atención primaria, debe comunicarse con el Plan. Si el Plan recibe la solicitud de cambio antes del día n.º 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Si el Miembro necesita ayuda para elegir un Dentista de atención primaria o desea cambiar de Dentista de atención primaria, debe comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro al (800) 992-3366.

Responsabilidad del Miembro por el pago

Por ley, cada contrato entre el Plan y un Proveedor participante debe establecer que, en el caso de que el Plan no le pague al Proveedor participante, el Miembro no será responsable ante el Proveedor participante por las sumas que adeude el Plan.

Sin embargo, los servicios prestados por un Proveedor no participante no están cubiertos en virtud del Plan de beneficios, y el Miembro puede ser responsable ante los Proveedores no participantes por el costo de tales servicios, excepto por la Atención dental de emergencia proporcionada por Proveedores no participantes para la que el Plan pagará un beneficio máximo de cien dólares (\$100) (consulte “Atención de emergencia y de urgencia” a continuación).

REEMBOLSO DEL PROVEEDOR

Ciertos servicios dentales, que incluyen limpiezas, empastes, tratamientos de conducto y dentaduras postizas completas pueden estar disponibles a través del programa Medi-Cal Dental. Se podrían aplicar limitaciones y exclusiones a estos servicios. Aquellos procedimientos que sean denegados por el programa Medi-Cal Dental debido a restricciones de edad, limitaciones o motivos de necesidad clínica están disponibles al 60 % de la tarifa habitual de los proveedores.

Algunos Proveedores participantes son empleados del Plan. El Plan le paga a cada Proveedor participante que, a su vez, es empleado del Plan, un monto fijo

por cada día de trabajo. El Plan no le pagará a nadie un incentivo para denegar, reducir, limitar o demorar la prestación de los Servicios cubiertos que un Miembro tiene derecho a recibir.

Algunos Proveedores participantes son dentistas independientes que tienen un contrato con el Plan. El Plan les paga a estos Proveedores participantes en función de los acuerdos a los que llega con ellos. El monto que recibirá el Proveedor participante (por ejemplo, pagos por capitación) podría no depender de la naturaleza o cantidad de los servicios prestados a un Miembro. Por otro lado, el monto que recibirá el Proveedor participante (por ejemplo, pagos de tarifa por servicio) podría depender enteramente de la naturaleza y cantidad de los servicios prestados.

Acceso oportuno a la atención

Atención dental de urgencia

Si necesita Atención dental de urgencia y hace una cita, un dentista de atención primaria lo atenderá para brindarle atención de emergencia dentro de las 24 horas de solicitada la cita. Además, no es necesario que obtenga autorización previa de nuestra parte para recibir Atención dental de urgencia. Si se demuestra que no sufrirá ningún impacto perjudicial en su salud, su médico puede extender el tiempo de espera para una cita de Atención dental de urgencia a 72 horas de solicitada la cita. Si un médico no puede atenderlo dentro de los plazos indicados anteriormente, comuníquese con un representante de Western Dental de inmediato al 1-800-992-3366. El representante de Western Dental se asegurará de que reciba tratamiento dentro de los plazos requeridos.

Atención dental que no es de urgencia

Si necesita obtener servicios de Atención dental que no son de urgencia, su médico está obligado a atenderlo dentro de los diez (10) días hábiles de solicitada la cita. Si se demuestra que no sufrirá ningún impacto perjudicial en su salud, su médico puede extender el tiempo de espera para una cita de atención dental que no es de urgencia a treinta y seis (36) días hábiles de solicitada la cita. A menos que usted lo solicite según su conveniencia de horarios, en ningún caso un médico programará una cita que no sea dentro de los plazos requeridos de solicitada la cita. Si un médico no puede atenderlo dentro de los plazos indicados anteriormente, comuníquese con un representante de Western Dental de inmediato al 1-800-992-3366. El representante de Western Dental se asegurará de que reciba tratamiento dentro de los plazos requeridos.

Atención dental preventiva

Si necesita obtener servicios de atención dental preventiva, su médico está obligado a atenderlo dentro de los diez (10) días hábiles de solicitada la cita. Si se demuestra que no sufrirá ningún impacto perjudicial en su salud, su médico

puede extender el tiempo de espera para una cita de atención dental preventiva a cuarenta (40) días hábiles de solicitada la cita. A menos que usted lo solicite según su conveniencia de horarios, en ningún caso un médico programará una cita que no sea dentro de los plazos requeridos de solicitada la cita. Si un médico no puede atenderlo dentro de los plazos indicados anteriormente, comuníquese con un representante de Western Dental de inmediato al 1-800-992-3366. El representante de Western Dental se asegurará de que reciba tratamiento dentro de los plazos requeridos.

Servicios de interpretación

Ya sea que necesite Atención dental de urgencia o de rutina, si necesita asistencia para comunicarse con su médico, Western Dental pondrá a su disposición un intérprete sin costo alguno. Antes de su cita, comuníquese con un representante de Western Dental al 1-800-992-3366. El representante de Western Dental coordinará todos los arreglos necesarios para asegurarse de que haya un intérprete presente mientras lo atiende su médico.

ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA

El Plan proporciona cobertura para Atención dental de emergencia si los servicios son necesarios para aliviar un dolor intenso o una hemorragia o si el Miembro razonablemente cree que la afección, si no se diagnostica o trata, puede provocar discapacidad, disfunción o muerte. Todos los pacientes de Western Dental tienen disponible atención dental de emergencia durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

El Plan proporciona cobertura para Atención de urgencia si los servicios son necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual no se puede demorar el tratamiento, o si el Miembro razonablemente cree que la afección, si no se diagnostica o trata, puede provocar discapacidad, disfunción o muerte.

En el caso de que el Miembro necesite Atención dental de emergencia o de urgencia durante el horario de atención habitual del proveedor, el Miembro debe comunicarse con su Dentista de atención primaria para programar una cita inmediata. Después del horario de atención, el Miembro debe comunicarse con su Dentista de atención primaria, y el dentista de turno le devolverá la llamada para indicarle cómo debe proceder.

Si después de contactar a su Dentista de atención primaria se le informa al Miembro que el Dentista de atención primaria no está disponible, el Miembro podrá recibir Atención dental de emergencia o de urgencia de cualquier Proveedor participante o dentista con licencia en el área en la que se produzca la emergencia dental.

Si el Miembro está fuera del área y necesita Atención dental de emergencia o de urgencia, puede comunicarse con Western Dental para obtener un referido a otro dentista contratado que pueda tratar la afección o puede buscar a un dentista que pueda tratar la afección.

Los miembros pueden comunicarse con el Plan para recibir asistencia en la obtención de una cita de emergencia con un Proveedor participante. Los Proveedores participantes proporcionarán tratamiento con el Copago aplicable detallado en la Tabla de beneficios. Sin embargo, hay un beneficio máximo de cien dólares (\$100) para la Atención dental de emergencia y de urgencia que preste un Proveedor no participante. El Plan exige una declaración de servicios detallada del Proveedor no participante o del Miembro dentro del plazo de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha del servicio para la verificación del reembolso del beneficio.

El Miembro debe incluir la declaración de servicios detallada, el nombre, la dirección y el número de identificación del Miembro, las fechas de servicio, el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor tratante, y una descripción del problema, y enviar toda la información a:

Western Dental Services, Inc.
Attn: Specialty Referrals/Claims Department
P.O. Box 14227
Orange, California 92863

El Miembro debe conservar una copia de la información y el Plan le enviará un cheque, o bien, le explicará los motivos de la denegación dentro del plazo de treinta (30) días hábiles de la recepción de la reclamación del Miembro por parte del Plan.

Se aconseja a los miembros que utilicen correctamente el sistema de respuesta de emergencia “911”, en las áreas en las que el sistema funciona, cuando tengan una afección dental de emergencia que requiera una respuesta de emergencia.

SEGUNDAS OPINIONES DENTALES

El Miembro o un Proveedor participante pueden solicitar una consulta para obtener una segunda opinión por escrito o al llamar al Departamento de Servicios al Miembro del Plan al (800) 992-3366. Las decisiones y notificaciones relativas a las solicitudes de consultas para obtener una segunda opinión se tomarán y realizarán dentro de los siguientes plazos: En el caso de solicitudes de una segunda opinión de rutina, la decisión de aprobar o denegar la solicitud de consulta para obtener una segunda opinión se tomará dentro de los 5 días hábiles de que el Plan reciba la solicitud. En el caso de solicitudes urgentes, la segunda opinión se autorizará o denegará dentro de las 72 horas de que el Plan reciba la solicitud. Se notificará al Proveedor participante solicitante tanto

verbalmente como por escrito dentro de las 24 horas de tomada la decisión. La decisión se comunicará al Miembro solicitante verbalmente (cuando sea posible) y por escrito en el plazo de 2 días hábiles.

Se podrá autorizar una consulta para obtener una segunda opinión en el caso de procedimientos quirúrgicos, indicaciones clínicas poco claras o complejas y confusas, resultados de pruebas contradictorios, incapacidad del Proveedor participante de diagnosticar la afección del miembro, un plan de tratamiento en progreso que no mejora la afección del Miembro dentro de un período de tiempo apropiado, o inquietudes serias del Miembro acerca de un diagnóstico o plan de atención en particular. Se emitirá al Miembro y a su Proveedor participante una explicación por escrito de los beneficios, incluido el nombre y la ubicación del proveedor que dará la segunda opinión si se aprueba dicha opinión. Una vez aprobada, el Plan referirá al Miembro a un Proveedor participante que tenga contrato con el Plan. Si no hay ningún Proveedor participante disponible en el área geográfica correspondiente, el Plan referirá al Miembro a un Proveedor no participante para realizar una consulta y obtener una segunda opinión. Un representante del Plan ayudará al Miembro a programar una cita o le informará al Miembro que llame y programe una cita. El proveedor que brinde la segunda opinión deberá presentar la reclamación para el pago al Plan. El Miembro solo es responsable del Copago aplicable que se detalla en la Tabla de beneficios. El Plan pagará cualquier costo que exceda el Copago aplicable y contactará al proveedor que haya dado la segunda opinión para informarle acerca del pago de Western Dental que exceda el Copago.

El proveedor que brindó la segunda opinión proporcionará al Miembro y a su Proveedor participante un informe narrativo por escrito de los resultados de la consulta del Miembro. El tratamiento debe ser realizado por el Proveedor participante del Miembro para que el Miembro reciba los Servicios cubiertos por el Plan de beneficios. Esto no limitará el derecho del Miembro a cambiar de Proveedor participante para recibir los Servicios cubiertos por el Plan de beneficios.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Miembros actuales:

Los Miembros actuales pueden ser elegibles para seguir recibiendo temporalmente Servicios cubiertos de un Proveedor no participante para el tratamiento de determinadas afecciones dentales específicas, si el Proveedor no participante anteriormente tenía un contrato con el Plan y atendía al Miembro en el momento en que el contrato del proveedor con el Plan quedó sin efecto (es decir, un “proveedor cuyo contrato finalizó”). Los Miembros pueden llamar al Departamento de Servicios al Miembro del Plan al (800) 992-3366 para consultar acerca de la elegibilidad para este beneficio. El Miembro puede solicitar una copia de la Política de continuidad de la atención del Plan al Departamento de Servicios al Miembro del Plan. El Miembro puede solicitar específicamente que

el proveedor cuyo contrato finalizó continúe atendiéndolo. El Plan no tiene la obligación de continuar la atención del Miembro con un proveedor cuyo contrato finalizó si el Miembro no es elegible en virtud de la Política de continuidad de la atención del Plan o si el Plan no puede llegar a un acuerdo con el proveedor cuyo contrato finalizó con respecto a los términos relativos a la atención del Miembro de conformidad con la ley de California.

Miembros nuevos:

Los miembros nuevos pueden ser elegibles para seguir recibiendo temporalmente Servicios cubiertos de un Proveedor no participante para el tratamiento de determinadas afecciones específicas si se atendían con un Proveedor no participante en el momento en que la cobertura del Miembro en virtud del Plan de beneficios entró en vigencia. Los Miembros pueden llamar al Departamento de Servicios al Miembro del Plan al (800) 992-3366 para consultar acerca de la elegibilidad para este beneficio. El Miembro puede solicitar una copia de la Política de continuidad de la atención del Plan al Departamento de Servicios al Miembro del Plan. El Miembro puede solicitar específicamente que su Proveedor no participante continúe atendiéndolo dentro de los 30 días de la fecha de inscripción del Miembro en el Plan. El Plan no tiene la obligación de continuar la atención del Miembro con un Proveedor no participante si el Miembro no es elegible en virtud de la Política de continuidad de la atención del Plan o si el Plan no puede llegar a un acuerdo con el Proveedor no participante con respecto a los términos relativos a la atención del Miembro de conformidad con la ley de California.

REFERIDOS

Los procedimientos que deben referirse por no estar disponibles en el consultorio dental contratado están cubiertos al 75 % de la tarifa habitual del especialista contratado o, si están disponibles en un centro de Western Dental, al 50 % de la tarifa habitual de especialistas del centro de Western Dental contratado.

En primer lugar, el Miembro debe ir a su Dentista de atención primaria para la evaluación del caso del Miembro. Si el Dentista de atención primaria determina que el Miembro necesita un referido a un Especialista.

IMPORTANTE: Si la solicitud de servicios de un Especialista no se realiza en cumplimiento de lo estipulado anteriormente, el Miembro será responsable del total de las tarifas habituales del Especialista por los servicios prestados.

AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN O DENEGACIÓN DE SERVICIOS

Se notifica a los Miembros y Proveedores participantes de las autorizaciones y denegaciones de solicitudes de referidos a Especialistas de la siguiente manera: En el caso de referidos de rutina, la decisión de aprobar, modificar o denegar la solicitud por parte del Dentista de atención primaria del Miembro de un referido a un Especialista se tomará de forma oportuna. El Plan tendrá en cuenta la afección del Miembro. Los referidos se procesarán dentro del plazo de cinco (5) días hábiles de que el Plan reciba la información razonablemente necesaria que el Plan solicite para tomar la decisión.

Cuando la afección del Miembro sea tal que el Miembro se enfrenta a una amenaza inminente y grave a su salud dental, el Plan acelerará el proceso de revisión. El Plan tomará una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido toda la información necesaria.

Se notificará al Proveedor participante solicitante por teléfono o fax dentro de las 24 horas de la decisión del Plan. La decisión se comunicará al Proveedor participante y al Miembro solicitante verbalmente (cuando sea posible) y por escrito en el plazo de 2 días hábiles.

Si el referido se aprueba, el Plan especificará en el aviso el servicio de atención dental específico que se aprobó. Una vez recibida la notificación de la aprobación, el Miembro podrá comunicarse con el Especialista para programar una cita. El Especialista brindará Atención dental especializada específica a cambio del Copago detallado en la Tabla de beneficios. El Especialista presentará la reclamación para el pago ante el Plan y el Miembro será responsable del pago del Copago, según corresponda.

Si se deniega o modifica el referido, el Plan deberá especificar los motivos de la decisión. Dicho Plan incluirá una descripción clara y concisa de la revisión de utilización de los criterios o las guías usados y los motivos clínicos de la decisión con respecto a la necesidad médica. El Plan deberá incluir el nombre y el número de teléfono directo o el interno del profesional dental que tomó la decisión en el Plan. También se informará a los Miembros en el aviso de denegación cómo pueden presentar una queja formal para apelar la denegación ante el Plan.

En los casos en los que la solicitud sea retroactiva (es decir, cuando el miembro ya haya obtenido los servicios del Especialista), el Proveedor participante y el Miembro deberán recibir la notificación por escrito de la decisión del Plan dentro de los treinta (30) días calendario de que el Plan reciba la información que es razonablemente necesaria para tomar la decisión.

En el caso de revisión simultánea (es decir, cuando la atención ya está en marcha), no se interrumpirá la atención hasta que el Proveedor participante tratante del Miembro haya sido notificado de la decisión del Plan y haya acordado un plan de atención que sea apropiado para las necesidades dentales del Miembro.

TARIFAS Y CARGOS

Primas

El Plan proporcionará o coordinará los arreglos necesarios para que se presten los Servicios cubiertos especificados en el Contrato. El Grupo o la asociación deberán pagar la Tarifa por pago anticipado indicada en la última página de la Tabla de beneficios.

El Grupo debe pagar el monto total de la Tarifa por pago anticipado a la dirección del Plan indicada en la primera página de este cuadernillo de Evidencia de cobertura antes del día n.º 25 del mes al que se aplica la Tarifa por pago anticipado. (Por ejemplo, las Tarifas por pago anticipado correspondientes al mes de julio deben pagarse a más tardar el _____ de julio). El Miembro debe consultar al Grupo o a la asociación por información específica sobre las sumas que debe pagar el Suscriptor al Grupo o a la asociación.

Copagos

Además de las Tarifas por pago anticipado, si hubiera, el Miembro pagará un Copago por aquellos procedimientos o servicios que se detallan en la Tabla de beneficios adjunta. El Miembro paga todos los Copagos directamente al Proveedor participante. Todos los Servicios cubiertos están detallados en la Tabla de beneficios, independientemente de que se aplique un Copago o no. Aquellos Servicios cubiertos que no requieren un Copago están designados en la Tabla de beneficios como “Sin copago”.

Durante el plazo de vigencia del contrato, el Plan no podrá cambiar las Tarifas por pago anticipado ni los montos de Copago pagados por los Miembros de ninguna manera durante la vigencia del contrato, sin antes llegar a un acuerdo por escrito entre el Grupo o la asociación y el Plan.

RESPONSABILIDAD POR EL PAGO

Consulte la sección ACCESO A LOS SERVICIOS - Responsabilidad del Miembro por el pago.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

La determinación de quién es elegible para participar y quién efectivamente participa en el Plan de beneficios la tomarán el Grupo o la asociación y el Plan. Las disputas o consultas con respecto a la elegibilidad, incluidos los derechos de renovación, restablecimiento y demás, si hubiera, deben dirigirse al Grupo o a la asociación.

Fecha de vigencia de la cobertura

La cobertura comenzará en la fecha indicada en el Contrato para todos los Miembros inscritos, a partir de la fecha de inicio del Contrato. Se aplicará un período de espera si se especifica en el Contrato. Para todos los Miembros nuevos, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción del pago de las Tarifas por pago anticipado por parte del Plan para los Miembros nuevos.

Tarjeta de identificación

El Plan emite una tarjeta de identificación para que cada Miembro presente al momento en que un Proveedor participante le preste servicios. Si extravía la tarjeta de identificación, llame al Departamento de Servicios al Miembro al (800) 992-3366 para solicitar una nueva. Si un Miembro se comunica con nosotros para cambiar su Dentista de atención primaria asignado, se le enviará por correo postal una nueva tarjeta de identificación con el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo Dentista de atención primaria.

SERVICIOS CUBIERTOS

Matriz de beneficios y cobertura

El propósito de esta matriz es ayudarlo a comparar los beneficios de la cobertura y es solo un resumen. Consulte esta Evidencia de cobertura y la Tabla de Copagos y beneficios cubiertos para obtener más información sobre los servicios cubiertos por su plan.

Deducibles	Máximos
Ninguno	Ninguno
Servicios profesionales	
Ciertos servicios dentales. Incluidas limpiezas, empastes, tratamientos de conducto y dentaduras postizas completas que están disponibles a través del programa Medi-Cal Dental. Se podrían aplicar algunas Limitaciones y Exclusiones a estos servicios. Aquellos procedimientos que sean denegados por el programa Medi-Cal Dental debido a restricciones de edad, limitaciones o motivos de necesidad clínica están disponibles al 60 % de la tarifa habitual de los proveedores. Los Copagos varían según el procedimiento y se encuentran en su Tabla de servicios cubiertos y Copagos. En las categorías de servicios se incluyen:	

Servicios de diagnóstico: \$0	Servicios de periodoncia: \$50-\$540
Servicios preventivos: \$0-\$55	Servicios de prostodoncia: \$50-\$495
Servicios de restauración: \$110-\$470	Servicios de ortodoncia: sin cobertura
Servicios ambulatorios	Servicios de hospitalización
Sin cargo adicional	Sin cobertura
Cobertura dental de emergencia	
Consulte la sección sobre Atención de emergencia de esta Evidencia de cobertura.	
Servicio de ambulancia	Cobertura de medicamentos recetados
Sin cobertura	Sin cobertura
Equipo médico duradero	Servicios de salud mental
Sin cobertura	Sin cobertura
Dependencia de sustancias químicas	Servicios de salud domiciliarios
Sin cobertura	Sin cobertura

El Plan de beneficios proporciona cobertura de servicios cuando sean necesarios para su salud dental de conformidad con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente, lo cual está sujeto a las exclusiones, limitaciones y a otros términos y condiciones establecidos en este Contrato y en la Evidencia de cobertura. Ciertos servicios dentales, que incluyen limpiezas, empastes, tratamientos de conducto y dentaduras postizas completas están disponibles a través del programa Medi-Cal Dental. Se podrían aplicar algunas Limitaciones y Exclusiones a estos servicios. Aquellos procedimientos que sean denegados por el programa Medi-Cal Dental debido a restricciones de edad, limitaciones o motivos de necesidad clínica están disponibles al 60 % de la tarifa habitual de los proveedores.

A continuación, se incluye una lista de los beneficios dentales cubiertos:

- A. Servicios de diagnóstico:** exámenes clínicos, radiografías y otras herramientas de diagnóstico que se utilizan junto con los antecedentes de salud del Miembro para evaluar el tratamiento dental necesario. Consulte la categoría “Servicios de diagnóstico” de la Tabla de beneficios para determinar qué procedimientos específicos son Servicios cubiertos y sus montos de Copago.

En los exámenes clínicos se puede incluir lo siguiente:

1. Evaluación bucal integral: una evaluación completa de las necesidades de salud dental del Miembro. Dicha evaluación incluye examinar y registrar los antecedentes médicos y dentales del Miembro y una evaluación de salud general, que incluye aspectos como caries dentales, dientes faltantes

o no erupcionados, restauraciones, contacto oclusal, afecciones periodontales (incluida cartografía periodontal) y anomalías en tejidos duros y blandos.

En la visita inicial se incluirá uno de los siguientes procedimientos:

- Evaluación bucal integral
 - Evaluación bucal limitada
2. Radiografías/diagnóstico por imágenes: las radiografías son principalmente para fines clínicos; representan una ayuda diagnóstica importante. Un examen radiográfico es una combinación de imágenes periapicales, radiografías de aleta de mordida, imágenes panorámicas y otras imágenes seleccionadas para un Miembro en función de la necesidad. La cantidad y el tipo de radiografías en cualquier examen variarán según las necesidades del Miembro.

B. Servicios preventivos: aquellos procedimientos que ayudan a la prevención de enfermedades dentales y bucales. Consulte la categoría “Servicios preventivos” de la Tabla de beneficios para determinar qué procedimientos específicos son Servicios cubiertos y sus montos de Copago.

En los servicios preventivos se puede incluir lo siguiente:

1. Profilaxis (adultos y niños): estas limpiezas incluyen la eliminación del sarro y el pulido de la corona dental de los dientes expuestos en la boca, y es el tratamiento para la eliminación de manchas, placa y cálculos dentales (tártaro) sobre la línea de la encía. No pretende ser un tratamiento para una enfermedad periodontal activa, en la que por lo general se requiere eliminación del sarro subgingival (debajo de la línea de la encía) y alisado radicular.
3. Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales: asesoramiento sobre selección de alimentos y hábitos alimenticios como parte del tratamiento y control de enfermedades periodontales y de las caries.

C. Servicios de restauración: aquellos procedimientos que se utilizan para reparar y restaurar los dientes naturales a fin de lograr un estado saludable. Consulte la categoría “Servicios de restauración” de la Tabla de beneficios para determinar qué procedimientos específicos son Servicios cubiertos y sus montos de Copago.

1. Coronas – (restauración única exclusivamente): aquellos procedimientos que incluyen oro, cerámica, porcelana y porcelana fundida sobre metal para cubrir los dientes.
3. Otros servicios de restauración:
 - a) Coronas prefabricadas de acero inoxidable y resina.

D. Servicios de endodoncia: aquellos procedimientos que implican el tratamiento de la pulpa, el conducto radicular y las raíces. Consulte la categoría “Servicios de endodoncia” de la Tabla de beneficios para determinar qué procedimientos específicos son Servicios cubiertos y sus montos de Copago.

1. Apicectomía: procedimiento quirúrgico para reparar los daños a la superficie de la raíz.

E. Servicios de periodoncia: aquellos procedimientos que implican el tratamiento de las encías y el hueso donde se apoyan los dientes, y el manejo de la gingivitis (inflamación de las encías) y la periodontitis (enfermedad de las encías). Consulte la categoría “Servicios de periodoncia” de la Tabla de beneficios para determinar qué procedimientos específicos son Servicios cubiertos y sus montos de Copago.

1. Servicios periodontales (quirúrgicos). Los siguientes servicios periodontales (quirúrgicos) son Servicios cubiertos.
 - a) Gingivectomía: extirpación de parte del margen gingival para que una mayor parte de la estructura del diente quede expuesta.

2. Servicios periodontales (no quirúrgicos)

Eliminación del sarro y alisado radicular: instrumentación de la corona y superficie de la raíz de los dientes para eliminar placa, cálculos (tártaro) y tejido conjuntivo contaminado de esas superficies.

F. Prostodoncia, extraíble: reemplazo de dientes faltantes con una prótesis extraíble y mantenimiento de las prótesis. Consulte la categoría “Prostodoncia (extraíble)” de la Tabla de beneficios para determinar qué procedimientos específicos son Servicios cubiertos y sus montos de Copago.

1. Dentaduras postizas completas y parciales: las dentaduras postizas completas y parciales son un Servicio cubierto cuando las dentaduras postizas son necesarias para la

salud dental del Miembro de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente.

El reemplazo de una prótesis existente estará cubierto si la prótesis tiene más de cinco años. La limitación de cinco años no se aplica a los servicios prestados mientras el Miembro no tenía cobertura, a odontología defectuosa clínicamente, o cuando el reemplazo es necesario para la salud dental del Miembro de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente.

2. Agregado de piezas dentales y reparación de dentaduras postizas existentes: cuando sea necesario debido a la pérdida de un diente natural, el agregado de piezas dentarias a dentaduras postizas existentes está cubierto por el Plan. El reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas de la dentadura postiza y la reparación de la base de la dentadura postiza también tienen cobertura.
3. Acondicionamiento de base de dentadura postiza: el proceso de reparar una dentadura postiza al reconstruir la superficie del tejido lateral o reemplazar el material de la base de la dentadura postiza. El rebasado y el acondicionamiento de la base de dentaduras postizas existentes también son Servicios cubiertos.
4. Prótesis provisionales: una prótesis provisional diseñada para ser utilizada durante un período de tiempo limitado, después del cual se reemplazará con una restauración más definitiva.

G. Prostodoncia, fija (dentaduras postizas parciales fijas o puentes): el reemplazo de dientes faltantes con prótesis fijas es un Servicio cubierto. Consulte la categoría “Prostodoncia, fija” de la Tabla de beneficios para determinar qué procedimientos específicos son Servicios cubiertos y sus montos de Copago.

1. Los pónicos de dentadura postiza parcial fija (un diente artificial en la dentadura postiza parcial fija) y las coronas de pilares (corona artificial que se realiza para sostener una dentadura postiza parcial fija, y que se sujeta al pónico de dentadura postiza parcial fija a través de un retenedor) que se utilizan en el proceso de fabricación de dentaduras postizas parciales fijas son Servicios cubiertos.

LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES, REDUCCIONES

Limitaciones

Las siguientes Limitaciones se aplican a los Servicios cubiertos que se indican en la sección de Beneficios de este cuadernillo de Evidencia de cobertura. Cuando la descripción de una Limitación haga referencia a la Tabla de beneficios para obtener más información o detalles, consulte el encabezado de la categoría correspondiente de la Tabla de beneficios.

A. Servicios de diagnóstico: las siguientes limitaciones se aplican a esta categoría de servicios.

1. La cobertura de radiografías de aleta de mordida se limita a no más de una serie de cuatro en cualquier período de seis meses, a menos que el Proveedor participante determine que se necesitan más radiografías para la salud dental del Miembro de conformidad con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente.

B. Servicios preventivos: las siguientes Limitaciones se aplican a esta categoría de servicios.

Profilaxis

El Plan proporciona cobertura para estas “limpiezas dentales” solo una vez cada seis (6) meses. Si corresponde, el Copago por cada limpieza se especifica en la Tabla de beneficios. Se cubrirá una limpieza profiláctica adicional si el Proveedor participante tratante considera que es necesaria para la salud dental del Miembro, de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente. Algunos ejemplos de situaciones en las que podrían necesitarse limpiezas profilácticas adicionales para la salud dental del Miembro son:

1. Radioterapia previa ordenada por un oncólogo.
2. Hiperplasia gingival debido al uso de Dilantin para el tratamiento de la epilepsia.
3. Inflamación debido a sífilis o tuberculosis.
4. Gingivoestomatitis menopáusica crónica.
5. Gingivitis inducida por VIH o leucemia.

C. Servicios de restauración: las siguientes limitaciones se aplican a esta categoría de servicios.

Coronas

1. Se cubrirán las coronas cuando un empaste no pueda restaurar adecuadamente la salud dental del Miembro de conformidad con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente (por ejemplo, paredes bucales o de la lengua fracturadas o podridas al punto tal que no pueden sostener un empaste).
2. Se cubrirá el reemplazo de una corona existente si tiene más de cinco años o si no puede restaurar adecuadamente la salud dental del Miembro de conformidad con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente. La limitación de cinco años no se aplica a odontología defectuosa clínicamente ni a servicios prestados mientras el Miembro no tenía cobertura en virtud de este Plan de beneficios.
3. Coronas de metales preciosos: el uso de metales preciosos en la fabricación de una corona se considera electivo, a menos que se encuentre específicamente detallado como uno de los Servicios cubiertos del Plan del Miembro. (Consulte la Tabla de beneficios adjunta para obtener información detallada). Si el Miembro elige hacerse una corona de metales preciosos que no sea un Servicio cubierto, el Miembro debe pagar los cargos del Proveedor participante que excedan el Copago correspondiente a una corona de metal de recubrimiento total.

- D. Servicios de periodoncia:** las siguientes Limitaciones se aplican a esta categoría de servicios.

Eliminación del sarro y alisado radicular

Tartrectomía y alisado radicular: uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses consecutivos.

Procedimientos periodontales quirúrgicos: uno (1) cada treinta y seis (36) meses consecutivos, por área de la boca.

- E. Prostodoncia, extraíble:** las siguientes limitaciones se aplican a esta categoría de servicios.

Dentaduras postizas parciales

El reemplazo de una prótesis existente estará cubierto si la prótesis tiene más de cinco años. El reemplazo de prótesis que tienen menos cinco años se cubre únicamente si la prótesis se

proporcionó originalmente mientras el miembro no tenía cobertura en virtud de ningún Plan de beneficios de Western Dental, si el reemplazo es necesario como resultado de odontología defectuosa clínicamente o cuando el reemplazo es necesario para la salud dental del Miembro de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente y lo autorice previamente el Plan.

Reparación de dentadura postiza existente

La reparación de prótesis dañadas debido al mal uso por parte del Miembro no tiene cobertura.

Rebasado y acondicionamiento de base de dentadura postiza

Los rebasados de dentaduras postizas completas o parciales se limitan a dos veces por año calendario, a menos que el Proveedor participante tratante determine que se necesitan rebasados adicionales para la salud dental del Miembro de conformidad con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente.

- F. Prostodoncia, fija (dentaduras postizas parciales fijas o puentes):** las siguientes limitaciones se aplican a esta categoría de servicios.

Dentaduras postizas parciales fijas, pónicos y coronas

1. El reemplazo de una prótesis existente estará cubierto si la prótesis tiene más de cinco años. La limitación de cinco años no se aplica a servicios prestados mientras el Miembro no tenía cobertura ni al reemplazo necesario como resultado de odontología defectuosa clínicamente.
2. Las dentaduras postizas parciales fijas de metales preciosos no están cubiertas, a menos que se detallen específicamente como un Servicio cubierto del Plan de beneficios del Miembro en la Tabla de beneficios o que el Proveedor participante tratante determine que dichos servicios son necesarios para la salud dental del Miembro de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente. Si el Miembro elige hacerse una dentadura postiza parcial fija de metales preciosos cuando no se trate de un Servicio cubierto, el Miembro debe pagar los cargos del Proveedor participante que excedan el Copago correspondiente a una dentadura postiza parcial fija que no está hecha con metales preciosos.

Exclusiones

Los siguientes procedimientos dentales no están cubiertos por el Plan de beneficios. Ningún servicio dental tiene cobertura, a menos que esté identificado específicamente en la Tabla de beneficios. Cuando la descripción de una Exclusión haga referencia a la Tabla de beneficios para obtener más información o detalles, consulte el encabezado de la categoría correspondiente de la Tabla de beneficios.

A. Servicios preventivos

Suministros utilizados para higiene bucal, control de placa, instrucción de psicoterapia oral y análisis químico de saliva.

B. Servicios de restauración

1. Las coronas que son estéticas por naturaleza no tienen cobertura.
2. Extravío, robo o daño de coronas cuando se debe al mal uso o al descuido del Miembro.
3. Las coronas con soporte en implante y en pilar en un implante dental no son un Servicio cubierto.

C. Servicios de periodoncia

Los siguientes servicios periodontales no tienen cobertura, a menos que se identifiquen específicamente en la Tabla de beneficios.

1. Alargamiento de corona: el procedimiento quirúrgico que implica la extirpación de la encía y del hueso de apoyo para exponer más la estructura del diente como preparación para un procedimiento de colocación de corona no tiene cobertura, a menos que se encuentre detallado específicamente como un Servicio cubierto del Plan de beneficios del Miembro. (Consulte la Tabla de beneficios adjunta para obtener información detallada).
2. Injertos óseos: el uso de diversas formas de injerto para simular una formación ósea no tiene cobertura, a menos que se encuentre detallado específicamente como un Servicio cubierto del Plan de beneficios del Miembro. (Consulte la Tabla de beneficios adjunta para obtener información detallada).

3. Injerto de tejido blando: el uso de la encía como un injerto para reparar un defecto gingival o una raíz expuesta no tiene cobertura, a menos que se encuentre detallado específicamente como un Servicio cubierto del Plan de beneficios del Miembro. (Consulte la Tabla de beneficios adjunta para obtener información detallada).
4. Desbridamiento de boca completa: eliminación de la placa y los cálculos que obstruyen la capacidad de realizar una evaluación. Este procedimiento no tiene cobertura, a menos que se encuentre detallado específicamente como un Servicio cubierto del Plan de beneficios del Miembro. (Consulte la Tabla de beneficios adjunta para obtener información detallada).

D. Prostodoncia, extraíble

1. Las prótesis extraviadas, robadas o dañadas debido al mal uso por parte del Miembro no tienen cobertura.
2. Servicios de prótesis extraíbles y suministros que son estéticos por naturaleza.
3. Las prótesis con soporte en implante no son un Servicio cubierto.
4. Los cargos por técnicas especializadas que involucran accesorios de precisión y la personalización y caracterización de dichas prótesis no tienen cobertura.
5. Las sobredentaduras (dentaduras postizas que cubren y se apoyan en la raíz de un diente retenido o en un implante dental) no tienen cobertura.

E. Prostodoncia, fija (dentaduras postizas parciales fijas o puentes)

1. Las dentaduras postizas parciales fijas extraviadas, robadas o dañadas debido al mal uso por parte del Miembro no tienen cobertura.
2. Los pónicos en puente voladizo con extensión distal, cuando solo están apoyados en el extremo frontal, no tienen cobertura.
3. Las prótesis con soporte en implante no son un Servicio cubierto.

4. Se podría recomendar la corrección de la oclusión o un “equilibrado oclusal” cuando se realiza independientemente de una restauración finalizada de una prótesis para tratar trastornos de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ) o dolor miofascial. En tales casos, la corrección de la oclusión no está cubierta, debido a que este Plan de beneficios no cubre tratamientos de alteraciones de la TMJ.
5. Las dentaduras postizas parciales fijas no tienen cobertura si al miembro le faltan dientes en lados opuestos del mismo arco, ya que una dentadura postiza parcial extraíble se considera un reemplazo adecuado. Si el Miembro elige hacerse una dentadura postiza parcial fija, debe pagar los cargos del Proveedor participante que excedan el Copago correspondiente a una dentadura postiza parcial extraíble indicado en la Tabla de beneficios. Esta exclusión no se aplica si el Proveedor participante tratante determina que los servicios son necesarios para la salud dental del Miembro de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente.
7. Las dentaduras postizas parciales fijas no tienen cobertura, a menos que una dentadura postiza parcial extraíble no pueda restaurar satisfactoriamente el caso de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente. Esta limitación no se aplica si el Proveedor participante tratante determina que los servicios son necesarios para la salud dental del Miembro de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente.
8. Las dentaduras postizas parciales fijas no tienen cobertura cuando los dientes pilares estén sanos, con lo cual la corona se colocaría únicamente para sostener un pónico. Si se utilizan dentaduras postizas parciales fijas en estas circunstancias, se consideran electivas y no son un Servicio cubierto, y el Miembro debe pagar los cargos del Proveedor participante que excedan el Copago correspondiente a una dentadura postiza parcial extraíble indicado en la Tabla de beneficios. Esta limitación no se aplica si el Proveedor participante tratante determina que los servicios son necesarios para la salud dental del Miembro de acuerdo con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente.

F. Cirugía oral: todo procedimiento que no se encuentre detallado específicamente como un Servicio cubierto en la Tabla de beneficios.

G. Ortodoncia

Los siguientes servicios no están cubiertos en virtud del beneficio de ortodoncia:

1. Terapia de TMJ/miofuncional: la terapia para el tratamiento de problemas en la articulación de la mandíbula y las instrucciones y la terapia para corregir los problemas de deglución y la postura de la lengua no tienen cobertura.
2. Ortodoncia quirúrgica: la ortodoncia quirúrgica para corregir la posición de los huesos de la mandíbula y de los dientes no tiene cobertura.
3. Tratamiento de paladar hendido: el tratamiento de problemas que involucran huecos o espacios en el hueso que forma el techo de la cavidad oral no tiene cobertura.
4. Cirugía ortognática: la cirugía para alinear los huesos de la mandíbula no tiene cobertura.
5. Terapia con ortodoncia extraíble: el uso de prótesis que el Miembro puede sacarse de la boca y que se utilizan para sostener o mover y alinear los dientes no tiene cobertura.
6. Tratamiento de desequilibrios hormonales: el tratamiento de desequilibrios hormonales que influyen en el crecimiento y en la capacidad de los dientes de moverse sin dañar las raíces no tiene cobertura.
7. Ortodoncia de clase III: el tratamiento de problemas con la relación del crecimiento de la mandíbula superior e inferior que hacen que la mandíbula inferior o los dientes inferiores se posicionen enfrente de la mandíbula superior o los dientes superiores no tiene cobertura.
8. Tratamiento de ortodoncia comenzado antes de la cobertura: un programa de tratamiento de ortodoncia que comenzó antes de que el Miembro se inscribiese en este Plan de beneficios no tiene cobertura.
9. Retratamiento de casos de ortodoncia: el tratamiento de problemas de ortodoncia que se trataron antes no tiene cobertura.
10. Prótesis extraviadas, robadas, dañadas o rotas: los retenedores, los brackets, las bandas, los alambres u otros

materiales suministrados por el ortodoncista dañados o robados no tienen cobertura.

11. Extracciones para fines de ortodoncia: la extracción de dientes específicamente para corregir problemas de ortodoncia o debido a la falta de espacio eruptivo no tiene cobertura.

H. Exclusiones generales

Las siguientes exclusiones generales se aplican a todos los servicios:

1. Tratamiento a cargo de una persona que no es un Proveedor participante o un técnico capacitado bajo la dirección de un Proveedor participante, excepto por el tratamiento de emergencia, según se establece en la sección “ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA” de esta Evidencia de cobertura, o cuando se cuente con la autorización previa del Plan.
2. Cargos por tratamiento médico, medicamentos recetados u otros cargos no dentales afrontados.
3. Los costos de hospitalización para cualquier procedimiento dental, incluidos todos los servicios hospitalarios y los medicamentos, correrán por cuenta del Miembro. Cuando el médico del Miembro lo considere necesario desde el punto de vista médico y el Plan lo autorice previamente, los servicios dentales que de otro modo están cubiertos y que se presten en un entorno de hospitalización o ambulatorio son Servicios cubiertos en virtud del Plan de beneficios. Consulte la Tabla de beneficios adjunta para conocer los Copagos aplicables. Todos los demás gastos asociados, que incluyen anestesia general y sedación consciente intravenosa, excepto los detallados específicamente en la sección de Limitaciones de este documento, son responsabilidad del Miembro.
4. Tratamiento de neoplasias malignas, neoplasias y quistes.
5. Tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (T.M.J).
6. Procedimientos, restauraciones y prótesis para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo.

7. Los servicios y suministros que no se consideran necesarios para la salud dental del Miembro de conformidad con las normas de práctica dental reconocidas profesionalmente no tienen cobertura.
8. Gastos dentales afrontados en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de la finalización de la cobertura.
9. Los gastos dentales afrontados en relación con cualquier parte de los servicios dentales prestados antes de la fecha de vigencia de la cobertura quedan excluidos.
10. Las prótesis para corregir y controlar hábitos nocivos no tienen cobertura (p. ej., protrusión lingual y chuparse el dedo), a menos que se especifiquen en la Tabla de beneficios adjunta (consulte la Tabla de beneficios adjunta para obtener información detallada). Esta exclusión no pretende eliminar la cobertura de servicios dentales que se basa en la causa de la afección subyacente que se está tratando.

FINALIZACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

Finalización de los beneficios

- A. Cuando finalice la membresía del Suscriptor en el Grupo, el Miembro seguirá siendo elegible para recibir servicios hasta el último día del mes en el que finalice la Membresía del Suscriptor. (Consulte la sección “COBRA” para conocer las disposiciones sobre continuación en virtud de la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada [Consolidated Omnibus Budget and Reconciliation Act, COBRA]).
- B. La continuación de la cobertura en virtud de este Plan de beneficios está sujeta a los términos y condiciones del Contrato.
- C. De conformidad con el artículo 1365(b) de la Ley Knox-Keene, todo miembro que alegue que su inscripción ha sido cancelada o no fue renovada debido al estado de salud del Miembro o sus necesidades de servicios de atención de salud puede solicitar una revisión por parte del director del Departamento de Atención de Salud Administrada.

- D. El Plan puede finalizar la inscripción del Miembro en este Plan de beneficios en las siguientes circunstancias:

Si el Miembro a sabiendas proporciona información falsa en su formulario de inscripción, o utiliza los servicios o centros del Plan o los proveedores de forma fraudulenta, o a propósito permite que otra persona lo haga.

La finalización de los beneficios entra en vigencia 30 días después de que se envíe el aviso de cancelación, rescisión o no renovación al Miembro. Se deberá enviar un aviso de Finalización de la cobertura al Miembro, a más tardar, cinco (5) días calendario después de la fecha en la que finalice la cobertura.

Si la cobertura finaliza por los motivos indicados en este apartado D, el Miembro perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA o de inscribirse en los planes de conversión individual u otros planes de beneficios del Plan en el futuro. El Plan no contempla el restablecimiento del Miembro tras la finalización de la membresía individual.

- E. Los Proveedores participantes deberán completar todos los procedimientos que se comenzaron antes de la fecha de finalización del Miembro.
- F. El Contrato entre el Plan y el Grupo no se cancelará ni se dejará de renovar, salvo por motivos específicos permitidos por la Ley Knox-Keene, que incluyen, entre otras, las siguientes circunstancias:
- Incumplimiento con respecto a las Tarifas por pago anticipado. El Grupo o la asociación no pagan la Tarifa por pago anticipado en su fecha de vencimiento en virtud del Contrato. El Plan proporcionará al Grupo un aviso con 30 días de anticipación antes de la cancelación del Contrato por falta de pago. La finalización entra en vigencia el primer día después de transcurrido el período de aviso de 30 días.
 - Fraude o defraudación en el uso de los servicios. El Grupo o la asociación cometen fraude o defraudación en el uso de los servicios o centros del Plan, o a sabiendas permiten que otra persona cometa fraude o defraudación. El Plan proporcionará al Grupo un aviso de finalización. La finalización entrará en vigencia a la medianoche de la fecha indicada en el aviso de finalización, no menos de 30 días después de dicho aviso.

- Fraude o defraudación con respecto a la cobertura. El Grupo o la asociación cometen fraude o tergiversación con respecto al Contrato o la cobertura de cualquier persona. El Plan proporcionará al Grupo un aviso de finalización. La finalización entrará en vigencia en la fecha indicada en el aviso de finalización, no menos de 30 días después de dicho aviso.
 - Falta de cumplimiento de los requisitos de contribución. El Grupo o la asociación no cumplen con los requisitos de nivel de contribución del Grupo establecidos en el Contrato. El Plan proporcionará al Grupo un aviso de finalización. La finalización entrará en vigencia en la fecha indicada en el aviso de finalización, no menos de 30 días después de dicho aviso.
- G. A los afiliados sujetos a cancelaciones o no renovaciones por falta de pago de las primas se les enviará un Aviso de inicio del período de gracia. Estos afiliados tienen derecho a un período de gracia de al menos 30 días consecutivos, contados a partir de la fecha del Aviso de inicio del período de gracia, antes de la cancelación, bajo las siguientes condiciones: El período de gracia no puede comenzar antes del día posterior a la última fecha de cobertura paga.
- El Plan deberá brindar cobertura en virtud de los términos contractuales durante todo el período de gracia.
 - Al determinar que un afiliado, suscriptor o titular del contrato colectivo no han pagado la prima en la fecha de vencimiento, o antes, el Plan enviará un Aviso de inicio del período de gracia al afiliado, suscriptor o titular del contrato colectivo para informarles que la morosidad en el pago ha dado inicio a un período de gracia que comenzará en la fecha del Aviso de inicio del período de gracia.
 - El Plan deberá continuar la cobertura del afiliado, suscriptor o titular del contrato colectivo sin interrupciones en virtud del contrato del Plan cuando se paguen todas las primas pendientes de pago en cualquier momento antes del vencimiento del período de gracia.
 - El afiliado, suscriptor o titular del contrato colectivo tienen responsabilidad financiera por todas las primas y los montos de copago, coseguro o deducible a los que están obligados en virtud del contrato del Plan, incluidos aquellos afrontados por servicios recibidos durante el período de gracia.

- El Plan deberá enviar un Aviso de inicio del período de gracia a cada suscriptor en un contrato colectivo, a menos que:
 - El contrato del Plan exija que el titular del contrato colectivo envíe dicho aviso de inmediato a cada suscriptor.
 - El Plan envíe el aviso al titular del contrato colectivo designado en el contrato del Plan.
 - En el caso de que el Plan, tras cumplir con todos los requisitos de preaviso y con los plazos de esta sección, no reciba el pago de todas las primas que adeuda el afiliado, suscriptor o titular del contrato colectivo el último día del período de gracia o antes, tal como se especifica en el Aviso de inicio del período de gracia, se podrá cancelar la cobertura de manera prospectiva solo después de que transcurra todo el período de gracia.
- H. La finalización de la cobertura entrará en vigencia para todos los Miembros, incluidos aquellos que estén hospitalizados o en tratamiento por una afección en curso. De acuerdo con los términos del Contrato, el Grupo es responsable de informar al Miembro cuando el Contrato finalice por cualquier motivo, incluida la falta de pago de las Tarifas por pago anticipado, y de proporcionar al Miembro una copia del aviso de finalización que el Plan le entregó al Grupo.

Nota: Si el Plan da por finalizado el Contrato con el Grupo del Miembro, el restablecimiento del Contrato del Grupo con el Plan estará sujeto a todos los términos y condiciones de ese Contrato.

RENOVACIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA

Disposiciones de renovación

El Plan ha contratado para prestar los Servicios cubiertos durante el período especificado en el Contrato. A partir de entonces, el Contrato podrá renovarse, con o sin modificaciones, tal como se especifica en el Contrato. El Grupo o la asociación podrán dar por finalizado el Contrato al brindar a la otra parte un aviso por escrito con al menos sesenta (60) días de anticipación antes de la fecha de finalización del Contrato. La ausencia de aviso renovará automáticamente el Contrato por un plazo de renovación subsiguiente, tal como se especifica en el Contrato. El Plan podrá cambiar la Tarifa por pago anticipado y los Servicios cubiertos al inicio de cualquier plazo de renovación del Contrato. Para ello, deberá brindar un aviso, en la que deberá indicar los cambios, al menos sesenta (60) días antes del inicio del plazo de renovación para el cual deban entrar en vigencia los cambios.

El Plan no podrá cambiar la Tarifa por pago anticipado, los montos de Copago pagados por los Miembros ni los Servicios cubiertos de ninguna manera durante la vigencia del contrato, sin antes llegar a un acuerdo por escrito entre el Grupo o la asociación y el Plan.

CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Continuación individual de los beneficios

1. Pérdida de elegibilidad grupal: los Miembros que pierdan elegibilidad para la cobertura colectiva pueden solicitar que continúe la cobertura del Plan de beneficios dentro de los 30 días del aviso de pérdida de elegibilidad. Los términos y condiciones del Contrato en el que estaba inscrito el Miembro continuarán en vigencia, con las siguientes excepciones: Los avisos y la distribución de materiales se entregarán directamente al Miembro, quien deberá pagar la prima mensual aplicable vigente en el momento en que el Plan apruebe la solicitud de continuación de la cobertura. La extensión de la cobertura se aplicará a los Dependientes del Miembro que solicita la conversión, de conformidad con los mismos términos y condiciones que los que se aplican al Miembro que solicita la conversión. Dicha solicitud podrá ser aceptada o rechazada, a discreción del Plan. No existe ningún derecho automático de continuación individual de los beneficios.
2. Pérdida de elegibilidad debido a la finalización del Contrato: el Plan se reserva el derecho de ofrecer privilegios de conversión al Suscriptor que pierda la elegibilidad debido a la finalización del Contrato. Si se ofrecen privilegios de conversión al Suscriptor, la solicitud debe realizarse dentro de los 30 días del aviso de pérdida de elegibilidad para continuar con la cobertura del Plan de beneficios. Los términos y condiciones del Contrato en el que estaba inscrito el Suscriptor continuarán en vigencia, con las siguientes excepciones: Los avisos y la distribución de materiales se entregarán directamente al Suscriptor, quien deberá pagar la prima mensual aplicable vigente en el momento en que el Plan apruebe la solicitud de continuación de la cobertura. Dicha extensión de la cobertura se aplicará a los Dependientes del Suscriptor que solicita la conversión, de conformidad con los mismos términos y condiciones que los que se aplican al Suscriptor que solicita la conversión.

Continuación de la cobertura en virtud de Cal-COBRA después de la ley COBRA

Si la cobertura federal en virtud de la ley COBRA de un Miembro comenzó el 1.º de enero de 2003 o después de esa fecha y el Miembro ha agotado sus beneficios federales en virtud de la ley COBRA, el Miembro puede ser elegible para continuar los beneficios en virtud de la ley "Cal-COBRA", tal como se describe a continuación, al 110 % de la prima que se cobra para empleados

elegibles en situación similar que en la actualidad trabajan en el antiguo empleo del Miembro. Se brindará un aviso al Miembro en el momento en que se agoten sus beneficios en virtud de la ley COBRA, al permitirle un máximo de 18 meses más, sin superar los 36 meses contados a partir de la fecha en que comenzaron los beneficios federales en virtud de la ley COBRA.

La California Continuation of Benefits Replacement Act (“Cal-COBRA”) (Ley de Reemplazo de Continuación de Beneficios de California) exige que los grupos de empleadores con menos de veinte (20) empleados elegibles ofrezcan a los empleados elegibles y a sus familias la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura en ciertas situaciones en las que la cobertura en virtud del plan de otro modo finalizaría, oportunidad que deben ofrecer los empleadores de veinte (20) o más personas.

Elegibilidad y eventos habilitantes: El miembro tiene el derecho de elegir la continuación de la cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA si se produce alguno de los siguientes eventos habilitantes (los “Eventos habilitantes”), que dan lugar a la pérdida de cobertura en virtud del Plan de beneficios colectivo.

1. Finalización del empleo del Suscriptor por motivos que no involucran mala conducta grave.
2. Reducción del horario de trabajo del Suscriptor.
3. Los cónyuges o Dependientes cubiertos de un empleado tienen el derecho de elegir la continuación de la cobertura si se produce alguno de los siguientes Eventos habilitantes:
 - a) El fallecimiento del Suscriptor.
 - b) La finalización del empleo del Suscriptor (por motivos que no tienen que ver con su mala conducta grave) o la reducción de su horario de trabajo.
 - c) El divorcio o la separación legal del Suscriptor.
 - d) La pérdida del carácter de Dependiente en virtud de los términos de este Plan de beneficios de un hijo dependiente.
 - e) El Suscriptor adquiere derecho a Medicare.

Aviso de Eventos habilitantes: Un miembro elegible debe notificar al Grupo si se produce alguno de los siguientes dos Eventos habilitantes que da lugar a la pérdida de la cobertura: (i) la finalización del empleo del Suscriptor, o (ii) la reducción del horario de trabajo del Suscriptor.

Con respecto a todos los demás Eventos habilitantes (a saber, fallecimiento, divorcio, separación legal, pérdida de la condición de Dependiente y derecho a

Medicare), el Suscriptor o el beneficiario habilitado deben informar al Grupo acerca del acaecimiento del Evento habilitante. Este aviso debe realizarse por escrito y enviarse dentro de los sesenta (60) días de ocurrido el Evento habilitante y entregarse al Grupo por correo postal de primera clase, u otros medios confiables, lo cual incluye entrega en mano, correo expreso o mensajería privada. La falta de aviso requerida dentro de los sesenta (60) días del Evento habilitante causará que el beneficiario habilitado pierda el derecho a obtener la continuación de la cobertura.

El aviso debe contener la siguiente información:

1. El nombre del Miembro.
2. La fecha y el tipo de Evento habilitante.
3. El nombre del Grupo del empleador y el número de plan del Grupo.
4. El nombre y la dirección de todos los beneficiarios habilitados.

Pagos de primas: Los Miembros elegibles que opten por la continuación de la cobertura deben pagar al Plan a través del Grupo las primas mensuales requeridas. La prima no superará el 110 % de la prima cobrada para empleados activos o Dependientes en estado comparable. Si se determina que un Miembro elegible tiene una discapacidad a los fines del Seguro Social, el miembro elegible deberá pagar una prima que no podrá superar el 150 % de la tarifa colectiva después de los primeros 18 meses de continuación de la cobertura. El primer pago de prima de un Miembro elegible deberá enviarse por correo certificado, u otros medios confiables, al empleador dentro de los 45 días de la fecha en que el Miembro elegible brindó un aviso por escrito al Grupo para informar su elección de continuar la cobertura. El primer pago de prima debe cubrir todas las primas requeridas y adeudadas. Si no se envía el monto correcto de la prima dentro de este período de 45 días, el Miembro elegible perderá el derecho a obtener la continuación de la cobertura.

Elección e inscripción: Cuando se informe al Grupo que uno de estos eventos se ha producido, el Grupo notificará al Miembro que tiene el derecho de elegir la continuación de la cobertura. Si el Miembro elige la continuación de la cobertura, esta entrará en vigencia el día después de que la cobertura finalizaría de otro modo. La continuación de la cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA será la misma que la cobertura que proporciona el Grupo a empleados y Dependientes en situación similar. Los Miembros no tienen que demostrar que son asegurables para elegir la continuación de la cobertura; sin embargo, pagarán el 110 % de la prima aplicable cobrada a personas en situación similar en virtud del Contrato colectivo. Si no eligen la cobertura y pagan la prima correspondiente, su cobertura de beneficios finalizará de conformidad con las disposiciones estipuladas en esta Evidencia de cobertura.

Finalización de la cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA: La continuación de la cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA finalizará cuando se produzca el primero de los siguientes supuestos:

1. En el caso de un beneficiario habilitado que es elegible para la cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA debido a la finalización del empleo o la reducción del horario de trabajo, cuando hayan transcurrido 36 meses contados a partir de la fecha en que comenzó la cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA.
2. El final del período para el cual se efectuaron los pagos de primas si el beneficiario habilitado deja de pagar la prima requerida.
3. En el caso de un beneficiario habilitado que es elegible para la continuación de la cobertura debido a fallecimiento, divorcio o separación legal, pérdida de la condición de Dependiente o derecho a Medicare, la fecha en la que se cumplan 36 meses después de la fecha en la que habrían finalizado los beneficios del beneficiario habilitado en virtud del contrato con motivo de un Evento habilitante.
4. El beneficiario habilitado ya no tiene derecho a cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA porque (a) se vuelve elegible para Medicare; (b) pasa a estar cubierto en virtud de otro beneficio colectivo que no impone exclusiones ni limitaciones con respecto a afecciones preexistentes; (c) se vuelve elegible para la cobertura federal en virtud de la ley Cal-COBRA; (d) se vuelve elegible para la cobertura en virtud de la Public Health Service Act (Ley de Servicios de Salud Pública); o (e) no envía el monto de prima correcto en virtud de la ley Cal-COBRA o no cumple con otros términos y condiciones del contrato del Plan.
5. El empleador o cualquier empleador sucesor o comprador del empleador dejan de proporcionar cobertura de beneficios colectiva para salud del comportamiento a sus empleados.
6. El beneficiario habilitado se muda del área de servicio del Plan de beneficios o comete fraude o defraudación en el uso de los servicios del Plan.

Un Miembro que es elegible para la continuación de la cobertura debido a la pérdida del empleo o la reducción del horario de trabajo y que se determina, en virtud del Título II o XVI de la Ley de Seguro Social, que tiene una discapacidad en cualquier momento durante los primeros 60 días de la continuación de la cobertura, así como el cónyuge o Dependiente que eligen la cobertura, es elegible para 36 meses de cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA, a partir de la fecha en que habrían finalizado los beneficios del beneficiario habilitado en virtud del contrato debido a un Evento habilitante. El Miembro habilitado deberá informar al Grupo de la determinación del Seguro Social dentro de los 60 días de

la fecha de la carta de determinación y antes de que finalice el período original de 36 meses de continuación de la cobertura. El Grupo cobrará el 150 % de la prima aplicable después de los primeros 18 meses de continuación de la cobertura. El Miembro habilitado debe informar al Grupo dentro de los 30 días tras la determinación de que el Miembro habilitado ya no tiene una discapacidad en virtud del Título II o XVI de la Ley de Seguro Social.

Finalización anticipada del contrato colectivo: Si el contrato colectivo entre el Grupo y el Plan finaliza antes de la fecha en la que finalizaría la continuación de la cobertura del miembro en virtud de la ley Cal-COBRA, el Miembro podrá elegir la continuación de la cobertura en virtud del plan de beneficios colectivo nuevo, si hubiera, durante lo que reste del período de tiempo en que el Miembro habría estado cubierto por el Plan. Si existe un plan de beneficios colectivo nuevo, el Miembro debe contactar al plan de beneficios nuevo para obtener información sobre cómo continuar la cobertura a través del plan. Debe tenerse en cuenta que la continuación de la cobertura finalizará si el Miembro no cumple con los requisitos relativos a la inscripción en el nuevo plan y con el pago de primas al plan de beneficios nuevo dentro de los 30 días de haber recibido el aviso del Plan para informarle acerca de la finalización del contrato colectivo con el empleador del Miembro.

Personas que no son elegibles para la ley Cal-COBRA: Las siguientes personas no son elegibles para la continuación de la cobertura en virtud de la ley Cal-COBRA.

1. Personas que tienen derecho a Medicare.
2. Personas que están cubiertas en virtud de otro beneficio colectivo que no impone exclusiones ni limitaciones con respecto a afecciones preexistentes.
3. Personas que son elegibles para la cobertura federal en virtud de la ley COBRA.
4. Personas que son elegibles para la cobertura en virtud de la Public Health Service Act, como los empleados del gobierno y sus dependientes.
5. Personas que no cumplen con los requisitos establecidos anteriormente en relación con el aviso de un Evento habilitante o la elección de la continuación de la cobertura.
6. Personas que no envían el monto correcto de la prima en virtud de la ley Cal-COBRA, o que no cumplen con otros términos y condiciones del contrato del Plan.

COBRA

Información sobre la ley COBRA federal

De conformidad con la ley COBRA, esta información servirá para notificar al Miembro acerca de determinados derechos que el Miembro o sus familiares pueden tener con respecto a la continuación de la cobertura en virtud del Plan de beneficios en el caso de que finalice su elegibilidad debido a uno de los siguientes eventos habilitantes:

1. Fallecimiento del empleado cubierto.
2. Finalización del empleo (salvo en el caso de mala conducta grave) o reducción del horario de trabajo del empleado cubierto.
3. Divorcio o separación legal del cónyuge del empleado cubierto.
4. Derecho a los beneficios de Medicare por parte del empleado cubierto.
5. Pérdida de elegibilidad para la cobertura de un hijo Dependiente en calidad de tal en virtud del Plan de beneficios.

En el caso de viudos, viudas, cónyuges divorciados, cónyuges de empleados elegibles para Medicare e hijos Dependientes que pierden la elegibilidad en virtud del Plan de beneficios, la continuación de la cobertura puede estar disponible por hasta 36 meses. En el caso de finalización del empleo o reducción del horario de trabajo, la continuación de la cobertura para el empleado y sus Dependientes elegibles puede estar disponible por hasta 18 meses.

El Miembro debe pagarle una prima mensual al Plan a través de su empleador para la continuación de la cobertura. La prima se determinará al momento de la elegibilidad y estará sujeta a cambio. Sin embargo, la prima que se le cobre no superará el 102 % de la prima cobrada para empleados activos o Dependientes en estado comparable. La continuación de la cobertura será la misma que la cobertura disponible a los empleados que continúan, independientemente de la salud del Miembro en ese momento. La cobertura en virtud de la ley COBRA debe comenzar en la fecha del Evento habilitante.

La continuación de la cobertura no estará disponible para el Miembro después de que:

1. El miembro no pague las primas puntualmente.
2. El Miembro o su cónyuge o Dependiente pasen a estar cubiertos en virtud de otro plan de salud colectivo como resultado del empleo, un nuevo empleo o un nuevo matrimonio.
3. El Miembro o su cónyuge o Dependiente adquieran derecho a los beneficios de Medicare.

4. El empleador o antiguo empleador del Miembro dejen de mantener el Plan de beneficios para empleados.

En el momento de la elegibilidad para la continuación de la cobertura, el empleador o el administrador del Plan le entregarán al Miembro un formulario de elección. El formulario debe completarse y devolverse en la fecha indicada o antes. El Miembro o su familiar elegible deben informar al empleador y al administrador del Plan del divorcio, la separación legal o la pérdida de elegibilidad de un hijo Dependiente cuando se produzca dicho evento.

Si el Miembro tiene alguna pregunta acerca de este beneficio, debe comunicarse con su empleador.

El Miembro tiene la opción de obtener cobertura en virtud de un plan individual.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES

Reclamos y disputas

Toda disputa, reclamo o solicitud de información deben dirigirse al Plan a la siguiente dirección por correo certificado, con acuse de recibo:

WESTERN DENTAL SERVICES, INC.
P.O. Box 14227
Orange, CA 92863
Las llamadas telefónicas deben realizarse al Plan al siguiente número: (800) 992-3366

Procedimientos de quejas formales

Se aconseja a los Miembros que se comuniquen con el Plan al número de teléfono indicado anteriormente por cualquier inquietud que tengan mientras obtienen servicios. El Plan mantiene un proceso de quejas formales para abordar estas inquietudes. Los reclamos o las quejas formales de los Miembros pueden hacerse en persona, en el consultorio del Proveedor participante, mediante la obtención de un formulario de queja formal y su envío al Plan, o mediante la presentación de la queja formal a través del sitio web del Plan en www.westerndental.com. Hay un representante en el consultorio del Proveedor participante o en la oficina corporativa del Plan para ayudar al Miembro a completar el formulario de queja formal. Los formularios de queja formal completos deben enviarse por correo postal al Plan a la dirección indicada anteriormente. Los Miembros recibirán una respuesta por escrito en el plazo de 30 días con respecto a la resolución de la queja formal.

El Departamento de Atención de Salud Administrada de California (el "Departamento") es responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene una queja formal contra Western Dental, primero debe llamar

por teléfono a Western Dental al **1-800-992-3366** o utilizar el proceso de queja formal de Western Dental antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que Western Dental no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para la IMR, este proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web de Internet del Departamento <http://www.dmh.ca.gov> tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de la IMR e instrucciones en línea.

El Miembro puede enviar un reclamo o una queja formal al Departamento para su revisión después de que el Miembro haya participado en el proceso de quejas formales del Plan durante al menos 30 días.

Si la queja formal del Miembro involucra una amenaza inminente o grave a su salud (lo cual incluye, a título enunciativo, dolor intenso, posible pérdida de la vida, de una extremidad o de funciones corporales importantes), el Miembro puede presentar una queja formal ante el Departamento sin esperar 30 días. En dicha situación, el Plan acelerará la revisión de la queja formal e informará inmediatamente al Miembro sobre su derecho de informar al Departamento acerca de la queja formal. En tal caso, el Plan además proporcionará al Miembro y, cuando corresponda, al Departamento una declaración por escrito del estado o la resolución de la queja formal dentro del plazo de tres días de recibida la queja formal.

El Plan acusará recibo por escrito de la queja formal dentro de los cinco (5) días calendario de recibida la queja formal. En el acuse de recibo, se indicará que se recibió la queja formal, se incluirá la fecha de recepción de la queja formal y se indicarán el nombre, el número de teléfono y la dirección del representante del Plan al que se puede contactar en relación con la queja formal.

Revisión médica independiente (IMR)

También puede ser elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para la IMR, este proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza

experimental o de investigación y disputas de pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web de Internet del Departamento <http://www.dmh.ca.gov> tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de la IMR e instrucciones en línea.

DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL CON RESPECTO A LA CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN SU PLAN, LA SUSCRIPCIÓN O EL CONTRATO.

Si cree que su cobertura de atención de salud ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, tiene el derecho de presentar una queja formal ante el Plan o el Departamento de Atención de Salud Administrada.

OPCIÓN (1): PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL ANTE SU PLAN

Puede presentar una queja formal ante el Plan al llamar al 1-800-992-3366 o en línea en www.westerndental.com o por correo postal a:

WESTERN DENTAL SERVICES, INC.
P.O. Box 14227
Orange, CA 92863

Le aconsejamos que presente la queja formal ante el Plan primero si cree que la cancelación, rescisión o no renovación son el resultado de un error. Las quejas formales deben presentarse lo antes posible. El Plan resolverá la queja formal o comunicará el estado de pendiente dentro de los tres (3) días calendario. Si no recibe una respuesta del Plan dentro del plazo de tres (3) días calendario, o si no está conforme con la respuesta del Plan, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención de Salud Administrada, según se detalla en la Opción 2 a continuación.

OPCIÓN (2): PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL DIRECTAMENTE ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DE SALUD ADMINISTRADA

Puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención de Salud Administrada sin primero presentarla ante el Plan o después de haber recibido la decisión del Plan sobre la queja formal. Puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención de Salud Administrada en línea en:

WWW.HEALTHHELP.CA.GOV

Puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención de Salud Administrada por correo postal a:

HELP CENTER
DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE

980 NINTH STREET, SUITE 500
SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725

Puede comunicarse con el Departamento de Atención de Salud Administrada para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al llamar al:

TELÉFONO: 1-888-466-2219

TDD: 1-877-688-9891

FAX: 1-916-255-524

ARBITRAJE

Todas las disputas de cualquier tipo, incluidas, a título enunciativo, las reclamaciones por mala praxis dental (es decir, con respecto a si los servicios dentales prestados en virtud del Plan de beneficios fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de forma inadecuada, negligente o incompetente) entre el Miembro (incluidos sus herederos, sucesores o cesionarios) y el Plan, salvo por las reclamaciones sujetas a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), se someterán a arbitraje vinculante. Dichas disputas no se resolverán en un juicio o proceso judicial, con la excepción de que la legislación de California estipula la revisión judicial de los procedimientos arbitrales. El Miembro y el Plan renuncian a sus derechos constitucionales de que la disputa se decida en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje vinculante a cargo de un único árbitro de conformidad con el reglamento integral (Comprehensive Rules) (el "Reglamento") de JAMS (Judicial Arbitration and Mediation Services, Inc). La administración del arbitraje estará a cargo de JAMS u otro servicio de arbitraje que las partes acuerden por escrito. Las partes intentarán acordar mutuamente la designación del árbitro, pero si no pueden llegar a un acuerdo dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de la demanda de arbitraje, se seguirán los procedimientos de designación del árbitro del Reglamento.

Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el condado de California donde viva el Miembro al momento de su inscripción inicial o en otro lugar que las partes acuerden por escrito. En dicho arbitraje, podrá realizarse un intercambio de pruebas conforme lo previsto por la legislación de California y por el Code of Civil Procedure (Código de Procedimiento Civil). El árbitro elegido tendrá la facultad de controlar los plazos, el alcance y la manera de llevar a cabo el intercambio de pruebas, y tendrá las mismas facultades para hacer cumplir las obligaciones respectivas de las partes con respecto al intercambio de pruebas que tendría un juez del Superior Court of California (Tribunal Superior de California), lo cual incluye, a título enunciativo, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todas las reparaciones previstas en la

legislación de California. Las partes dividirán los gastos de JAMS y del árbitro por partes iguales. En casos de dificultades económicas extremas, el Plan puede asumir la totalidad o parte de las tarifas y los gastos de JAMS y del árbitro que le corresponden al miembro, siempre que el miembro envíe una solicitud por dificultades económicas a JAMS. La aprobación o denegación de la solicitud por dificultades económicas quedará a entera discreción de JAMS.

El árbitro dictará un laudo por escrito, que incluirá los fundamentos legales y fácticos de la decisión. La decisión del árbitro será definitiva y vinculante para las partes, y el laudo solo se podrá anular o corregir en virtud de la legislación de California. La Federal Arbitration Act (Ley Federal de Arbitraje), artículos 1-16 del Título 9 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) también se aplica al arbitraje.

DISPOSICIONES VARIAS

Coordinación de beneficios

La coordinación de beneficios es un proceso, regulado por ley, que determina la responsabilidad financiera por el pago cuando una persona tiene cobertura de atención de salud colectiva en virtud de más de un plan. Se utilizan las siguientes reglas para determinar cuál de los planes es el primario y cuál es el secundario para el pago. Las reglas definen la “coordinación de beneficios”.

- A. Un Miembro puede estar cubierto como Suscriptor por su Grupo o asociación y como Dependiente por el empleador de su cónyuge. El plan que cubre al Miembro como Suscriptor (el tomador de la póliza) tiene beneficios como plan primario.

CUANDO EL PLAN ES PRIMARIO, el Proveedor participante del Miembro puede:

- Presentarle a la compañía de seguros, a título secundario, las tarifas habituales del Proveedor participante, pero si indica el Copago de bolsillo del Plan de beneficios para los procedimientos realizados.
- Aceptar un pago de la compañía de seguros secundaria igual a los Copagos del Plan de beneficios del Miembro.
- Únicamente facturarle al Miembro si el seguro paga un monto menor que el Copago del Plan de beneficios. El Proveedor participante puede facturarle el Copago al Miembro.

CUANDO EL PLAN ES SECUNDARIO, el Proveedor participante del Miembro puede:

- Facturarle a la cobertura primaria todos los procedimientos a las tarifas habituales del Proveedor participante.
- Cuando el Plan de beneficios es secundario, el Proveedor participante tiene derecho a conservar todos los fondos obtenidos del plan primario, pero debe renunciar al Copago del Plan de beneficios si el reembolso supera la responsabilidad del Copago. Sin embargo, si el beneficio del otro plan es menor que el Copago, el Proveedor participante o el consultorio pueden cobrarle la diferencia al Miembro.

Participación en políticas públicas

El Plan da la bienvenida a la participación de los Miembros en su comité de políticas públicas que se reúne trimestralmente en la oficina corporativa del Plan en Orange, California. Para que se lo pueda evaluar a fin de ser Miembro, escriba o llame al Departamento de Servicios al Miembro del Plan al 800.992.3366.

Presentación de reclamaciones

En el caso de que el Miembro necesite Atención dental de emergencia, debe comunicarse con su Proveedor participante para programar una cita inmediata. En el caso de afecciones dentales de urgencia después del horario de atención o durante el fin de semana, el Miembro debe comunicarse con el Proveedor participante para obtener instrucciones sobre cómo proceder. Si después de contactar al Proveedor participante se le informa al Miembro que el Proveedor participante no está disponible, el Miembro podrá recibir Atención dental de emergencia de cualquier dentista con licencia en el área en la que se produzca la emergencia dental. Los miembros pueden comunicarse con el Plan para recibir asistencia en la obtención de una cita de emergencia con un Proveedor participante. Los Proveedores participantes proporcionarán tratamiento con el Copago aplicable detallado en la Tabla de beneficios. Sin embargo, hay un beneficio máximo de cien dólares (\$100) para la Atención dental de emergencia que preste un Proveedor no participante. El Plan exige una declaración de servicios detallada del Proveedor participante o del Miembro dentro del plazo de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha del servicio para la verificación del reembolso del beneficio.

El Miembro debe incluir la declaración de servicios detallada, el nombre, la dirección y el número de identificación del Miembro, las fechas de servicio, el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor tratante, y una descripción del problema, y enviar toda la información a:

Western Dental Services, Inc.

Attn: Specialty Referrals/Claims Department

P.O. Box 14227

Orange, California 92863

El Miembro debe conservar una copia de la información y el Plan le enviará un cheque, o bien, le explicará los motivos de la denegación dentro del plazo de treinta (30) días hábiles de la recepción de la reclamación del Miembro por parte del Plan.

Confidencialidad de los registros dentales

HAY UNA DECLARACIÓN DISPONIBLE QUE DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DENTALES Y SE ENTREGARÁ AL MIEMBRO A PARTIR DE UNA SOLICITUD PREVIA.

Donación de órganos

Donar órganos y tejidos proporciona muchos beneficios sociales. La donación de órganos y tejidos permite a los receptores de trasplantes llevar vidas más plenas y significativas. En la actualidad, la necesidad de trasplantes de órganos supera por mucho la disponibilidad. Si un Miembro está interesado en la donación de órganos, debe hablarlo con su médico. La donación de órganos comienza en el hospital cuando se declara que el Miembro tiene muerte cerebral y se identifica como posible donante de órganos. Intervendrá un grupo de obtención de órganos para coordinar las actividades.

Condición de plan de salud amparado

El Plan cree que es un “plan de salud amparado por la cláusula de reconocimiento de derechos adquiridos” (en adelante, un plan de salud amparado) (grandfathered health plan) en virtud de la Ley de Atención de Salud Accesible (Affordable Care Act). Conforme lo permite la Ley de Atención de Salud Accesible, un plan de salud amparado puede preservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba vigente cuando se promulgó la ley. Ser un plan de salud amparado significa que el Plan de beneficios del miembro puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Atención de Salud Accesible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito con respecto a la

prestación de servicios dentales preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud amparados deben cumplir con otras protecciones al consumidor establecidas en la Ley de Atención de Salud Accesible, como por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas relativas a qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud amparado y qué podría hacer que un plan cambie su condición de plan de salud amparado pueden dirigirse al administrador del Plan al (800) 992-3366. El Miembro también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration), Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, al 1-866-444-3272 o ingresar en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web contiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y cuáles no se aplican a los planes de salud amparados. Los miembros también pueden comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en www.healthreform.gov.