

United Concordia Dental Plans of California, Inc.

*21700 Oxnard Street, Suite 500
Woodland Hills, CA 91367
866-357-3304
www.unitedconcordia.com*

COMBINED EVIDENCE OF COVERAGE AND DISCLOSURE FORM

This Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form ("Evidence of Coverage") constitutes only a summary of this dental Plan. Consult the Group Contract for the exact terms and conditions of coverage. A specimen copy of the Plan contract will be furnished on request.

The Evidence of Coverage discloses the terms and conditions of coverage. The applicant has a right to view the Evidence of Coverage prior to enrollment.

Individuals with special health care needs should read those sections that apply to them.

Your Plan Benefits may differ from the coverage outlined in this brochure. For more details about the benefits of Your Plan, please see the Health Plan Benefit and Coverage Matrix insert on the following page as well as the Schedule of Benefits, the Schedule of Exclusions and Limitations, and any riders, endorsements or addenda attached to this Evidence of Coverage.

**Please read the following information so you will understand
how this program works and how to receive benefits.**

EVIDENCE OF COVERAGE

INTRODUCTION

This Evidence of Coverage provides information about Your dental coverage. Read it carefully and keep it in a safe place with Your other valuable documents. Review it to become familiar with Your benefits and when You have a specific question regarding Your coverage.

To offer these benefits, Your Group has entered into a Group Contract with United Concordia. The benefits are available to You as long as the Premium is paid and obligations under the Group Contract are satisfied. In the event of conflict between this Evidence of Coverage and the Group Contract, the Group Contract will rule. This Evidence of Coverage is not a summary plan description under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA).

If You have questions about Your coverage or benefits, or for questions regarding general information, Concordia Plus Dentist availability or Benefit information please call our Customer Service Department toll-free at

866-357-3304

You may also log on to our website at

www.unitedconcordia.com

For **General Inquiries and Correspondence**, mail to

United Concordia Dental Plans of California, Inc.
PO Box 69414
Harrisburg, PA 17106-9421

For **Paper Claim Submission**, mail to

United Concordia Dental Plans of California, Inc.
PO Box 69435
Harrisburg, PA 17106 – 9435

For **Appeals, Grievances, Disputes, and Inquiries**, mail to

United Concordia Dental Plans of California, Inc.
PO Box 69420
Harrisburg, PA 17106 – 9420

TABLE OF CONTENTS

DEFINITIONS 4
ELIGIBILITY AND ENROLLMENT7
NEW ENROLLMENT7
ENROLLMENT CHANGES7
PREPAYMENT FEES8
HOW THE DENTAL PLAN WORKS8
FACILITIES8
CHOICE OF PROVIDERS8
PROVIDER REIMBURSEMENT9
CONTINUITY OF CARE9
REFERRALS9
DENTAL EMERGENCY10
MEMBER REIMBURSEMENT PROVISIONS10
LIABILITY OF MEMBERS IN THE EVENT OF NON-PAYMENT11
TIMELY ACCESS TO CARE11
BENEFITS11
OTHER CHARGES11
PAYMENT OF BENEFITS13
REVIEW OF BENEFIT DETERMINATION15
SECOND OPINION15
RENEWAL PROVISIONS17
RIGHT OF CANCELLATION AND RESTRICTIONS ON RENEWAL18
TERMINATION OF BENEFITS18
GENERAL PROVISIONS18
PRIVACY AND CONFIDENTIALITY OF DENTAL RECORDS19
RIGHTS OF COMPANY TO CHANGE PLAN19
SUGGESTIONS AND COMMENTS19
CA LANGUAGE ASSISTANCE PROGRAM NOTICE AND TAGLINES21

ATTACHED

- SCHEDULE OF BENEFITS
- SCHEDULE OF EXCLUSIONS AND LIMITATIONS
- SUMMARY OF DENTAL BENEFITS AND COVERAGE DISCLOSURE MATRIX

DEFINITIONS

Certain terms used throughout this Evidence of Coverage begin with capital letters. When these terms are capitalized, use the following definitions to understand their meanings as they apply to Your benefits and the way the dental Plan works.

Annual Maximum(s) - The greatest amount the Company is obligated to pay for all Covered Services rendered during a calendar year or Contract Year as shown on the Schedule of Benefits.

Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form (“Evidence of Coverage”) - This document, and its riders, schedules, addenda and/or endorsements, if any, which describe the coverage purchased from the Company by the Contractholder.

Company - United Concordia Dental Plans of California, Inc.

Contractholder - Organization that executes the Group Contract. Also referred to as “Your Group”.

Contract Year - The period of twelve (12) months beginning on the Group Contract's Effective Date or the anniversary of the Group Contract's Effective Date and ending on the day before the Renewal Date.

Coordination of Benefits (“COB”) - A method of determining benefits for Covered Services when the Member is covered under more than one plan. This method prevents duplication of payment so that no more than the incurred expense is paid.

Copayments - Those charges set forth in the Schedule of Benefits that the Member is responsible to pay the treating Dentist.

Cosmetic - Services or procedures that are primarily intended to improve or otherwise modify the Member's appearance.

Covered Service(s) - Services or procedures shown on the Schedule of Benefits for which benefits will be covered subject to the Schedule of Exclusions and Limitations, when rendered by In-Network Dentists in accordance with the terms of this Evidence of Coverage.

Dental Emergency - An acute condition which occurs suddenly, is unexpected usually includes pain, swelling or bleeding, and demands immediate professional dental services to avoid (a) placing the health of the member in serious jeopardy, (b) serious impairment of the bodily functions, or (c) serious dysfunction of any bodily organ or part.

Dentist(s) - A person licensed to practice dentistry in the state in which dental services are provided. Dentist will include any other duly licensed dental professional practicing under the scope of the individual's license when state law requires independent reimbursement of such practitioners.

Dependent(s) – Those individuals eligible to enroll for coverage under the Group Contract because of their relationship to the Subscriber.

This Group Contract is a Family Contract. Dependents eligible for coverage in this Family Contract include

1. The Subscriber's Spouse or domestic partner as defined under Section 297 of the California Family Code; and
2. A relative of the Subscriber or other individual who resides with the Subscriber and for whom the Subscriber can claim a dependent tax deduction according to the rules of the Internal Revenue Service; and
3. Any natural child, stepchild, adopted child or child placed with the Subscriber or the Subscriber's Spouse or domestic partner by order of a court or administrative agency
 - (a) until the end of the month that the child reaches age twenty-six (26); or
 - (b) to any age if the child is and continues to be both incapable of self-sustaining employment by reason of a physically or mentally disabling injury, illness or condition and chiefly dependent upon the Subscriber for maintenance and support.

Effective Date - The date on which the Group Contract begins or coverage of enrolled Member(s) begins.

Exclusion(s) - Services, supplies or charges that are not covered under the Group Contract as stated in the Schedule of Exclusions and Limitations.

Experimental or Investigative - The use of any experimental or investigative treatment, procedure, facility, equipment, drug, or drug usage device or supply which the Company determines is not the currently acceptable standard of care.

Family Contract - A Group Contract that covers the Contractholder's Subscribers and may also cover eligible Dependents, as defined in this Evidence of Coverage.

Grace Period - A period of no less than thirty-one (31) days, beginning the first day after the last day of paid coverage, in which Contractholder may make past due Premium payment and during which the protection of the Group Contract continues.

Group Contract - The agreement between the Company and the Contractholder, under which the Subscriber is eligible to enroll him/herself and/or his/her Dependents.

In-Network Dentist - A Primary Dental Office or a Specialty Care Dentist who has signed a contract with Us to provide covered services to plan enrollees. Also referred to as a "Participating Provider", or "Network Provider".

Lifetime Maximum(s) - The greatest amount the Company is obligated to pay for all Covered Services rendered during the entire time the Member is enrolled under the Group Contract, as shown on the Schedule of Benefits.

Limitation(s) - The maximum frequency or age limit that restricts a Covered Service set forth in the Schedule of Exclusions and Limitations.

Maximum Allowable Charge - The maximum amount the Plan will allow for a specific Covered Service. Maximum Allowable Charges may vary depending upon the contract between the Company and the particular Dentist rendering the service. Maximum Allowable Charges for Covered Services rendered by Out-of-Network Dentists may be the same or higher than such charges for Covered Services rendered by In-Network Dentists in order to help limit out-of-pocket costs of Members choosing Out-of-Network Dentists.

Medically Necessary - A dental service or procedure determined by a Dentist to either establish or maintain a patient's dental health based on the professional diagnostic judgment of the Dentist and the prevailing standards of care in the professional community.

Member(s) - Enrolled Subscribers and their enrolled Dependent(s). Also referred to as "You" or "Your" or "Yourself".

Network - A set of all of the dentists contracted with the Plan to provide covered dental health care services to Our Members.

Out-of-Network Dentist - A general or specialty care Dentist who has not signed a contract with Us. Also referred to as "Non-Participating Provider".

Out-of-Pocket Expense(s) - Cost not paid by Us, including but not limited to Copayments, amounts billed by Out-of-Network Dentists except as specified in the Dental Emergencies and Out-of-Network Care provision of this Evidence of Coverage, costs of services that exceed the Group Contract's Limitations, Annual Maximum or Lifetime Maximums, or for services that are Exclusions. The Subscriber is responsible for Out-of-Pocket Expenses.

Out-of-Pocket Maximum - The limit on Copayments and Deductibles from Primary Dentists and Specialty Care Dentists that the Subscriber is required to pay in a Contract Year, as shown on the Schedule of Benefits. After this limit is reached, Covered Services from Primary Dental Providers and Specialty Care Dentists is paid 100% by the Plan for the remainder of the Contract Year, subject to the Schedule of Exclusions and Limitations.

Palliative – A minor dental procedure, treatment or service performed to treat a Dental Emergency.

Plan - Dental benefits pursuant to this Evidence of Coverage and attached Schedule of Exclusions and Limitations and Schedule of Benefits.

Premium - Payment made by the Contractholder in exchange for coverage of the Contractholder's Members under this Group Contract.

Preventive Care - Covered Services provided in order to maintain a healthy oral condition and to avoid oral health conditions like dental caries and/or periodontal disease, which may include dental screenings, dental health education and home care.

Primary Dental Office/Provider - Approved office of a Primary Dentist who has executed a contract with Us to offer Covered Services to Members.

Primary Dentist - A general Dentist whose office has executed a contract with Us, under which he/she agrees to provide Covered Services to Members for a monthly fee plus any applicable supplements and Copayments, as payment in full for services rendered.

Renewal Date - The date on which the Group Contract renews. Also known as "Anniversary Date".

Schedule of Benefits - Attached summary of Covered Services and Copayments, Waiting Periods and maximums applicable to benefits payable under the Plan.

Schedule of Exclusions and Limitations - Attached list of Exclusions and Limitations Applicable to benefits, services, supplies or charges under the Plan.

Special Enrollment Period - The period of time outside Your Group's open enrollment period during which individuals eligible as Subscribers or Dependents who experience certain qualifying events may enroll in this Group Contract.

Specialty Care Dentist - A specialized Dentist who is qualified in one of the specialty areas of periodontics, oral surgery, orthodontics, endodontics and pediatrics and who has executed a contract with Us to accept negotiated fees plus any applicable Copayments, as payment in full for Covered Services provided to Members.

Spouse - The Subscriber's partner by marriage or by any union between two adults that is recognized by law in California.

Subscriber - An individual who, because of his/her status with the Contractholder, has enrolled him/herself and/or his/her eligible Dependents for dental coverage and for whom Premiums are paid. Also referred to as "You" or "Your" or "Yourself".

Substantial Harm--means loss of life, loss or significant impairment of limb or bodily function, significant disfigurement, severe and chronic physical pain, or significant financial loss.

Terminated Provider - A Dentist that formerly delivered services under contract that is no longer associated with the Plan and has become an Out-of-Network Dentist.

Termination Date - The date on which the dental coverage ends for a Member or on which the Group Contract terminates.

Waiting Period(s) - A period of time a Member must be enrolled under the Group Contract before certain benefits will be paid for Covered Services as shown on the attached Schedule of Benefits.

We, Our or Us - The Company, its affiliate or an organization with which it contracts for a provider network and/or to perform certain functions to administer this Group Contract.

ELIGIBILITY AND ENROLLMENT -- WHEN COVERAGE BEGINS

New Enrollment

In order to be a Member, You must meet the eligibility requirements of Your Group, this Group Contract. We must receive enrollment information for the Subscriber, enrolled Dependents, and Contractholder. Provided that We receive applicable Premium, coverage will begin on the date specified in the enrollment information We receive. Your Group will inform Subscribers of its eligibility requirements.

If You have already satisfied all eligibility requirements on the Group Contract Effective Date and Your enrollment information and applicable Premium is supplied to Us, Your coverage will begin on the Group Contract Effective Date.

If You are not eligible to be a Member on the Group Contract Effective Date, You must supply the required enrollment information on Yourself and any eligible Dependents, as specified in the Definitions section, within thirty-one (31) days of the date You meet all applicable eligibility requirements.

Coverage for Members enrolling after the Group Contract Effective Date will begin on the date specified in the enrollment information supplied to Us provided Premium is paid.

The Company is not liable to pay benefits for any services started prior to a Member's Effective Date of coverage. Multi-visit procedures are considered "started" when the procedure cannot be undone or reversed. For example, for crowns, bridges and dentures, the procedure is started when the teeth are prepared and impressions are taken. For root canals, the procedure is started when the tooth is opened and pulp is removed. Procedures started prior to the Member's Effective Date are the liability of the Member or a prior insurance carrier.

Special Enrollment Periods - Enrollment Changes

After Your Effective Date, You can change Your enrollment during Your Group's open enrollment period. There are also Special Enrollment Periods when the Subscriber may add or remove Dependents. These life change events include

- birth of a child;
- adoption of a child;
- court order of placement or custody of a child;
- loss of other coverage;
- marriage or other lawful union between two adults;
- domestic partnership as defined under Section 297 of the California Family Code.

If You enrolled through Your Group, to enroll a new Dependent as a result of one of these events, You must supply the required enrollment change information within thirty-one (31) days of the date of the life change event. The Dependent must meet the definition of Dependent applicable to this Group Contract.

The Subscriber may also add or remove Dependents or change Plans for the reasons defined by and during the timeframes specified by applicable law or regulation.

Except for newly born or adoptive children, coverage for the new Dependent will begin on the date specified in the enrollment information provided to Us, as long as the Premium is paid.

Newly born children of a Member will be considered enrolled from the moment of birth. Adoptive children will be considered enrolled from the date of adoption or placement, except for those adopted or placed within thirty-one (31) days of birth who will be considered enrolled Dependents from the moment of birth. In order for coverage of newly born or adoptive children to continue beyond the first thirty-one (31) day period, the child's enrollment information must be provided to Us and the required Premium must be paid within the thirty-one (31) day period.

For an enrolled Dependent child who has a physically or mentally disabling injury, illness, or condition, evidence of his/her reliance on You for maintenance and support due to his/her condition must be supplied to Us within sixty (60) days of the date of receipt of the Company's notification that the dependent child's coverage will terminate upon attainment of the limiting age unless the Member submits proof of a physically or mentally disabling injury, illness, or condition, or physical handicap. The Company will send notification to the Member at least ninety (90) days prior to the date the dependent child attains the limiting age. Such evidence will be requested based on information provided by the Member's physician, but no more frequently than annually after a two year waiting period once the initial evidence is provided.

Dependent coverage may only be terminated when certain life change events occur including death, divorce or dissolution of the union or domestic partnership, reaching the limiting age or when otherwise permitted by applicable law or regulation.

Late Enrollment

If You or Your Dependents are not enrolled within thirty-one (31) days of initial eligibility or during the Special Enrollment Period specified for a life change event, You or Your Dependents cannot enroll until the next Special Enrollment Period or open enrollment period conducted for Your Group unless otherwise permitted by applicable law or regulation intended to implement the federal Affordable Care Act. If You are required by court order to provide coverage for a Dependent child, You will be permitted to enroll the Dependent child without regard to enrollment season restrictions.

Prepayment Fees

Prepayment Fees are the periodic payment of Premium Your Group must pay for coverage under this Plan. Your Group is responsible to remit the proper amount of Premium. You may consult Your Group for more details. Prepayment fee is not the same as a Copayment. Copayments are Your responsibility.

Subscribers should contact the Contractholder for information regarding any sums to be withheld from Subscriber's salary or any amounts the Subscriber pays Your Group for this Plan.

HOW THE DENTAL PLAN WORKS

Facilities

The Primary Dental Office is the principal facility under this Plan. To determine Your Primary Dental Office, refer to the Choice of Providers section of this Evidence of Coverage.

Choice of Providers

You must select a Primary Dental Office for Yourself and Your Dependents. Each Member may select a different Primary Dental Office. If You or Your Dependents do not select a Primary Dental Office, You will be assigned to one in a location convenient to Your home zip code. The Primary Dental Office(s) will be notified of Your selection or assignment.

To find a Primary Dental Office, visit Our website or call Us at the toll-free number in the Introduction section of this Evidence of Coverage or on Your ID card, or refer to the Primary Dentist list in Your enrollment materials.

Once enrolled, You will receive an ID Card or other notification indicating Your contract ID number, plan number and Group number, the names of the Primary Dental Offices You and Your Dependents selected or that were assigned by Us. Present Your ID card to Your dental office or give the office Your ID number, Plan number and Group number. If Your Dentist has questions about Your eligibility or benefits, instruct the office to call Us or visit Our website.

WARNING: You must go to Your Primary Dental Office or obtain a referral from Your Primary Dental Office to an In-Network Dentist to have coverage under this Plan. Services performed by an Out-of-Network Dentist will only be covered in the event of a Dental Emergency or when Network Provider is unavailable. If You are not able to obtain Covered Services from a Network Provider, We will arrange for you to visit an Out-of-Network Dentist. (See section titled “Dental Emergencies” for details on this situation.)

Changing Primary Dental Offices

You or Your Dependents may request to change Primary Dental Offices at any time. Simply call our Customer Service center toll-free at the number in the Introduction section of this Evidence of Coverage or visit Our website. You will be informed of the effective date of Your transfer, and the newly selected office will also be notified. You must request the transfer prior to seeking services from the new Primary Dental Office. Any dental procedures in progress must be completed before the transfer.

If You or Your Dependents are enrolled in a Primary Dental Office that stops participating in the Plan, We will notify You and assist You or Your Dependents with selecting another Primary Dental Office.

Provider Reimbursement

We reimburse Your Primary Dental Office on a prepaid basis for Members enrolled in their offices. Primary Dental Offices may also receive additional payment for Covered Services as services are provided under the Plan.

We reimburse Specialty Care Dentists a Maximum Allowable Charge for Covered Services eligible for referral. No further incentives or financial bonuses are provided to In-Network Dentists. If You who wish to obtain further information on provider reimbursement You may contact the Customer Service toll-free number in the Introduction section of this Evidence of Coverage.

Continuity of Care

Current Members may have the right to the benefit of completion of care with their Terminated Provider for certain specified dental conditions. Please call the Plan at the toll-free number in the Introduction section of this Evidence of Coverage to see if you may be eligible for this benefit. You may request a copy of the Plan's Continuity of Care Policy. You must make a specific request to continue under the care of Your Terminated Provider. We are not required to continue Your care with that Dentist if You are not eligible under our policy or if We cannot reach agreement with Your Terminated Provider on the terms regarding Your care in accordance with California law.

New Members may have the right to the qualified benefit of completion of care with their Non-Network Dentist (“Provider”) for certain specified dental conditions. Please call the Plan at the toll-free number in the Introduction section of this Evidence of Coverage to see if You may be eligible for this benefit. You may request a copy of the Plan's Continuity of Care Policy. You must make a specific request to continue under the care with Your current provider. We are not required to continue Your care with that provider if You are not eligible under our policy or if We cannot reach agreement with Your provider on the terms regarding Your care in accordance with California law. This policy does not apply to new Members of an individual subscriber contract.

If You are undergoing treatment when an In-Network Dentist becomes a Terminated Provider, You will be held harmless for Covered Services, except for Copayments, until such treatment from the Terminated Provider is completed, unless We make reasonable and medically appropriate provision for an In-Network Dentist to take over Your treatment.

We will provide written notice to You within thirty-one (31) days of the termination or breach of contract by an In-Network Dentist or the inability of an In-Network Dentist to perform such that there may be a material and adverse impact and thereby harm to Members receiving Covered Services under the Plan.

Coordination of Care and Referrals

The Primary Dental Office assigned to You or Your Dependents must provide or coordinate all Covered Services. When specialty care such as surgical treatment of the gums or a root canal is needed, the Primary Dentist may perform the procedure or give You a written referral to a Specialty Care Dentist. With the exception of Dental Emergencies or if a Primary Dentist or Specialty Care Dentist is not available in Your area, all benefits must be provided by an In-Network Dentist. See the next section entitled Dental Emergencies and Out-of-Network Care for details on these situations.

When specialty care such as surgical treatment of the gums or a root canal is needed, the Primary Dentist may perform the procedure or can refer You to a specialist. All referrals must be made to a participating Specialty Care Dentist. Your Primary Dentist will give You a written referral to take to the Specialty Care Dentist. The Specialty Care Dentist will perform the treatment and submit a claim and the referral to Us for processing. Referral is limited to endodontic, orthodontic, periodontic, oral surgery, and pedodontic Specialty Care Dentists. Referrals to, and services provided by, a prosthodontist are not covered by the Plan.

Should You have any questions concerning Your coverage, eligibility or a specific claim, contact Us at the address and telephone number in the Introduction section of this Evidence of Coverage or log onto *My Dental Benefits* at www.unitedconcordia.com.

There are only two (2) situations when You may receive a benefit for Covered Services performed by an Out-of-Network Dentist: Dental Emergencies and when an In-Network Dentist is not available in Your area.

Dental Emergencies

If You have a Dental Emergency, You should first contact Your Primary Dental Office. If You are unable to contact Your Primary Dental Office, You should contact the Customer Service number on the introduction page of this Evidence of Coverage to arrange treatment for Your Dental Emergency or go to a conveniently located general Dentist. A Dental Emergency visit does not require preauthorization. Ask the dental office to call Customer Service to verify coverage. Obtain an itemized bill from the dental office to submit to the address in the Reimbursement Provisions section below. The Plan will cover palliative treatments and services, and certain diagnostic and therapeutic procedures in accordance with the Schedule of Benefits. Your out-of-pocket cost will be limited to any applicable Copayment on the Schedule of Benefits. You must return to Your Primary Dental Office for any necessary follow-up or definitive care.

Out-of-Network Care and Reimbursement Provisions

In the event that a Primary Dental Office or Specialty Care Dentist is not available in Your area, and We are unable to arrange care by any In-Network Dentist, the Plan will provide coverage for treatment by an Out-of-Network Dentist. Please call the Customer Service number at 866-357-3304 prior to seeking treatment from an Out-of-Network dentist. If you receive treatment from an Out-of-Network without following the procedures described above services may not be covered. You will have to pay your Copayment at the time services are provided, as indicated in Your Schedule of Benefits. If the Out-of-Network dentist requires you to pay the entire cost of services, the Plan will reimburse You the difference between the charge and the Copayment listed on Your Schedule of Benefits.

Most treating Dentists will provide and complete the claim form for You. However, if You need to obtain a claim form, You may do so on Our website. You should submit the claim form to United Concordia Dental Plans of California, Inc. at the address on the introduction page of this Evidence of Coverage within sixty (60) days following treatment.

Receiving Dental Care in the Event of a State of Emergency

During a State of Emergency, Member(s) may be displaced and/or not have access to the Primary Care Dentist or an In-Network Specialist. If You have been displaced, or if Your Primary Care Dentist is not available to You due to the State of Emergency, You must inform the Plan by calling the Customer Service number provided on the introduction page of this Evidence of Coverage.

In order for services to be covered, You must contact Customer Service prior to receiving any services so that We may arrange for You to receive care from another general dentist, an In-Network Specialist or out of network provider if necessary.

In the case of a Dental Emergency, see section titled "Dental Emergencies" for details on this situation.

Liability of Members in the Event of Non-payment

All contracts between Us and the Primary Dentist or Specialty Care Dentist state that under no circumstances shall You be liable to any Dentist for any sum owed by the Plan to the Dentist. In any instance where We fail or refuse to pay the Dentist, such dispute is solely between the Dentist and Us, and You are not liable for any monies We fail or refuse to pay.

Timely Access to Care

Appointments for Covered Services will be offered as follows

- Urgent appointments will be offered within 72 hours of the request for an appointment.
- Non-urgent appointments will be offered within 36 business days of the request for an appointment.
- Preventive dental care appointments will be offered within 40 business days of the request for an appointment.

Interpreter services, if requested, will be made available to You at the time of the appointment.

BENEFITS

Covered Services

Benefits and any applicable Copayments, Deductibles, Annual Maximums, Lifetime Maximums, Out-of-Pocket Maximums and Waiting Periods are shown on the attached Schedule of Benefits. Services shown on the Schedule of Benefits as covered are subject to frequency or age Limitations detailed on the attached Schedule of Exclusions and Limitations.

Only services, supplies and procedures listed on the Schedule of Benefits are Covered Services. For items not listed (not covered), You are responsible for the full fee charged by the Dentist. No benefits will be paid for services, supplies or procedures detailed under the Exclusions on the Schedule of Exclusions and Limitations.

We will provide coverage for covered dental services appropriately delivered through telehealth on the same basis and to the same extent that We are responsible for coverage for the same service through in-person diagnosis, consultation or treatment. Coverage for such services is not limited only to services delivered by select third party corporate telehealth providers.

Exclusions

No benefits will be provided for services, supplies or charges detailed as Exclusions on the Schedule of Exclusions and Limitations. Services shown on the Schedule of Benefits as covered may also be subject to frequency or age Limitations as detailed on the attached Schedule of Exclusions and Limitations.

Copayments and Other Charges

Copayments

In order to keep the Plan affordable for You and Your Group, the Plan includes certain cost-sharing features. First, not all dental procedures are covered. If the procedure is not listed on the Schedule of

Benefits, it is not covered. You will be responsible to pay Your Dentist the full charge for uncovered services.

IMPORTANT: *If You opt to receive dental services that are not Covered Services under this Plan, an In-Network Dentist may charge You his or her usual and customary rate for those services. Prior to providing a Member with dental services that are not a Covered Service, the Dentist should provide to the Member a treatment plan that includes each anticipated service to be provided and the estimated cost of each service. If You would like more information about dental coverage options, You may call our Customer Service Department at the toll-free number in the Introduction section of this Evidence of Coverage or Your insurance broker. To fully understand Your coverage, You may wish to carefully review this Evidence of Coverage.*

Certain procedures listed on the Schedule of Benefits require You to pay a Copayment. Copayments are listed in the right-hand column on the Schedule. You are responsible to pay the Copayments at the time of service unless You have made other arrangements with the Primary Dental Office or Specialty Care Dentist. Copayments are the same whether the service is provided by Your Primary Dentist or by a Specialty Care Dentist through referral. Services listed on the Schedule of Benefits with a "0" or "N/C" in the Copayment column require no Copayment from You.

Services listed on the Schedule of Benefits are also subject to Exclusions and Limitations. Be sure to review both the Schedule of Benefits and the Exclusions and Limitations attached to this Evidence of Coverage. Services not listed on the Schedule of Benefits, Exclusions, or those beyond stated Limitations are not covered and are Your responsibility.

Optional Treatment

All diagnosis and treatment planning is provided by Your Primary Dental Office. Occasionally, You and Your Primary Dental Office may consider different treatment options. Instances may arise when a condition can be treated with more than one suitable treatment option, that may or may not be covered by Your plan.

The cost of any covered treatment recommended by the Provider and accepted by You will be based on the Copayment listed on the Schedule of Benefits.

The cost of any optional, non-covered treatment will be based on the Provider's usual fees for the optional treatment.

Additional charges for cosmetic upgrades to covered crowns or bridges, partials, or dentures, are not covered by the Plan and You will be responsible for the upgraded fee(s) in addition to the copayments for the covered service(s). Examples include, but are not limited to, porcelain margins or cosmetic clasps for teeth. Upgraded (enhanced) ceramic crowns are considered optional and not covered and You may be responsible for the Primary Dental office's usual fees, as long as You have been given the option of a non-upgraded ceramic crown (porcelain or porcelain fused to metal) but have agreed to the enhanced, upgraded ceramic crown.

Your Primary Dental Office is responsible to discuss the treatment plan, including all suitable covered treatments, optional treatments and upgrades including any costs with You. Your Primary Dental Office should also seek Your informed consent for any treatment, in writing, before the services are performed.

Optional Orthodontic Treatment

Invisalign, OrthoClear, SmileDirect and other similar orthodontic treatment mechanisms, can be alternative treatment options, for treating an orthodontic condition.

The methods by which the dentist completes those procedures are subject to the diagnosis, clinical opinion, and expertise of the treating dentist. It is recommended that You discuss all methods of treatment with Your dentist. If Invisalign, OrthoClear, SmileDirect, or other similar appliances are used for orthodontic treatment, they are not covered by the Plan, since these appliances fall under the category of

“special appliances” which are excluded from coverage. If these appliances are used, You may be responsible for the total cost of treatment provided.

Payment of Benefits

We will pay for covered benefits directly to Your assigned Primary Dental Office or the Specialty Care Dentist. Payment is based on rates contracted with In-Network Dentists. All contracts between Us and the In-Network Dentist state that under no circumstances will the Member be liable to any Dentists for any sum owed by Us to the Dentist. In any instance where We fail or refuse to pay the Dentist, such dispute is solely between the Dentist and Us and, other than Copayments, You are not liable for any monies We fail or refuse to pay.

Coordination of Benefits (COB)

If You or Your Dependents are covered by any other dental plan and receive a service covered by This Plan and the Other Dental Plan, benefits will be coordinated. This means that one plan will be the Primary Dental Benefit Plan and determine its benefits before those of the other plan and without considering the other plan's benefits. The other plan will be the Secondary Dental Benefit Plan and determine its benefits after the Primary Dental Benefit Plan. The Secondary Dental Benefit Plan's benefits may be reduced because of the Primary Dental Benefit Plan's payment. Each plan will provide only that portion of its benefit that is required to cover expenses to prevent duplicate payments and overpayments. Upon determination of primary or secondary liability, This Plan will determine payment. If This Plan is the Secondary Dental Benefit Plan, payment during the Claim Determination Period will not exceed the total of the Allowable amount.

1. When used in this Coordination of Benefits section, the following words and phrases have the definitions below
 - A) **Allowable Amount** is the Plan's allowance for items of expense, when the care is covered at least in part by one or more Plans covering the Member for whom the claim is made. When a plan provides benefits in the form of services rather than cash payments, the reasonable cash value of each service provided shall be deemed to be both an Allowable Amount and a benefit paid.
 - B) **Claim Determination Period** means a benefit year. However, it does not include any part of a year during which a person has no coverage under this Plan.
 - C) **Other Dental Plan** is any form of coverage which is separate from this Plan with which coordination is allowed. **Other Dental Plan** will be any of the following which provides dental benefits, or services, for the following Medicare, group insurance or group type coverage, whether insured or uninsured. It also includes coverage other than school accident type coverage (including grammar, high school and college student coverages) for accidents only, including athletic injury, either on a twenty-four (24) hour basis or on a "to and from school basis," or group or group type hospital indemnity benefits of \$100 per day or less.
 - D) **Primary Dental Benefit Plan** is the plan which provides primary dental coverage and determines its benefits first and without considering the other plan's benefits. A plan that does not include a COB provision may not take the benefits of another plan into account when it determines its benefits.
 - E) **Secondary Dental Benefit Plan** is the plan which provides secondary dental coverage and determines its benefits after those of the other plan (Primary Dental Benefit Plan). Benefits may be reduced because of the other plan's (Primary Dental Benefit Plan) benefits.
 - F) **This Plan** means this document including all schedules and all riders thereto, providing dental care benefits to which this COB provision applies and which may be reduced as a result of the benefits of other dental plans.
 - G) **Plan** means either the Primary Dental Benefit Plan or the Secondary Dental Benefit Plan.
2. The reasonable cash value of services provided by the Company will be considered to be the amount of benefits paid by the Company. The Company will be fully discharged from liability to the extent of such payment under this provision.

- A) As the Primary Dental Benefit Plan, the Company will pay the maximum amount required by Your Group Policy when coordinating its benefits with a Secondary Dental Benefit Plan.
 - B) As the Secondary Dental Benefit Plan, the Company will pay the lesser of either the amount that it would have paid in the absence of any other dental benefit coverage, or the Member's total out-of-pocket cost payable under the Primary Dental Benefit Plan for benefits covered under the Secondary Dental Benefit Plan.
3. In order to determine which Plan is primary, This Plan will use the following rules
- A) If the Other Dental Plan does not have a provision similar to this one, then that Plan will be primary and This Plan's Coordination of Benefits rules apply.
 - B) If both Plans have COB provisions, the Plan covering the Member as a primary insured is determined before those of the Plan which covers the person as a Dependent.
 - C) Dependent Child/Parents Not Separated or Divorced -- The rules for the order of benefits for a Dependent child when the parents are not separated or divorced are
 - 1) The benefits of the Plan of the parent whose birthday falls earlier in a year are determined before those of the Plan of the parent whose birthday falls later in that year;
 - 2) If both parents have the same birthday, the benefits of the Plan which covered the parent longer are determined before those of the Plan which covered the other parent for a shorter period of time;
 - 3) The word "birthday" refers only to month and day in a calendar year, not the year in which the person was born;
 - 4) If the other Plan does not follow the birthday rule, but instead has a rule based upon the gender of the parent or other rule, and if, as a result, the plans do not agree on the order of benefits, the rule based upon the gender of the parent or other rule will determine the order of benefits.
 - D) Dependent Child/Separated or Divorced Parents -- If two or more plans cover a person as Dependent child of divorced or separated parents, benefits for the child are determined in this order
 - 1) First, the Plan of the parent with custody of the child.
 - 2) Then, the Plan of the Spouse of the parent with the custody of the child; and
 - 3) Finally, the Plan of the parent not having custody of the child.
 - 4) If the specific terms of a court decree state that one of the parents is responsible for the dental care expenses of the child, and the entity obligated to pay or provide the benefits of the Plan of that parent has actual knowledge of those terms, the benefits of that plan are determined first. The Plan of the other parent will be the Secondary Plan.
 - 5) If the specific terms of the court decree state that the parents will share joint custody, without stating that one of the parents is responsible for the dental care expenses of the child, the Plans covering the child will follow the order of benefit determination rules outlined in Section 3-C) above, titled Dependent Child/Parents Not Separated or Divorced.
 - E) Active/Inactive Member
 - 1) For actively employed Members and their Spouses over the age of sixty-five (65) who are covered by Medicare, the Plan will be primary.
 - 2) When one contract is a retirement plan and the other is an active plan, the active plan is primary. A retirement plan provides coverage to a retired employee or Dependent of an employee. An active plan refers to a plan that covers a person as an employee or Dependent of an employee. When two retirement plans are involved, the one in effect for the longest time is primary. When plan is under a retirement plan and the other plan is for a laid off employee, the plan of the laid off employee is primary. If another contract does not have this rule which results in each plan determine benefits of another, then this rule will be ignored.
 - F) The plan covering an individual as a Cal-COBRA continuee will be secondary to a plan covering that individual as a Subscriber, or a Member. If another plan does not have this rule which results in each plan determine benefits of another, then this rule will be ignored.
 - G) If none of these rules apply, then the contract which has continuously covered the Member

for whom the claim was made for a longer period of time will be primary.

4. Right to Receive and Release Needed Information -- Certain facts are needed to apply these COB rules. The Company has the right to decide which facts it needs. It may get needed facts from or give them to any other organization or person. Any health information furnished to a third party will be released in accordance with state and federal law. Each person claiming benefits under This Plan must give any facts needed to pay the claim.
5. Facility of Payment -- A payment made under another plan may include an amount which should have been paid under This Plan. If it does, the Company may pay the amount to the organization which made that payment. That amount will then be treated as though it were a benefit paid under This Plan, and the Company will not pay that amount again. The term "payment made" includes providing benefits in the form of services, in which case "payment made" means reasonable cash value of the benefits provided in the form of services prepaid by the Company.
6. Right of Recovery -- If the payment made by the Company is more than it should have paid under this COB provision, the Company may recover the excess from one or more of the following (1) persons it has paid or for whom it has paid; or (2) insurance companies; or (3) other organization. Members are required to assist the Company to implement this section.

Review of a Benefit Determination

If You are not satisfied with a benefit determination or payment, please contact Our Customer Service Department at the toll-free telephone number in the Introduction section of this Evidence of Coverage or on Your ID card. If, after speaking with a Customer Service representative, You are still dissatisfied, refer to the following Second Opinion and Grievance Resolution Procedure for further steps You can take regarding Your claim.

Second Opinion

You or Your In-Network Dentist may request a second opinion. The request for second opinion may be made by calling the Customer Service telephone number shown on the introductory page of this Evidence of Coverages, or, in writing to the address shown on the introductory page of this Evidence of Coverages under "Grievances". Reasons for a second opinion include, but are not limited to

1. If You have questions on the reasonableness or necessity of recommended surgical procedures;
2. If You have questions on a diagnosis or plan of care for a condition that puts You at substantial harm, meaning that it threatens life, loss of limb, loss of bodily function, or substantial impairment, including, but not limited to, a serious chronic condition;
3. If the clinical indications are not clear or are complex and confusing, a diagnosis is in doubt due to conflicting test results, or the treating health professional is unable to definitively diagnose the condition, and You request an additional diagnosis;
4. If the treatment plan in progress is not improving Your dental condition within an appropriate period of time given the diagnosis and plan of care, and You request a second opinion regarding the diagnosis or continuance of the treatment; or
5. If You have attempted to follow the plan of care or consulted with the initial provider concerning serious concerns about the diagnosis or plan of care.

Arrangements for a second opinion will be made in an expeditious manner. When Your condition is such that You face an imminent and serious threat to Your health, including, but not limited to, the potential loss of life, limb or other major bodily function, or lack of timeliness that would be detrimental to Your ability to regain maximum function, the decision for authorization or denial for second opinion will be rendered in a timely fashion appropriate for the nature of the condition, not to exceed seventy-two (72) hours from the receipt of the request, whenever possible. These written guidelines regarding timelines for responding to second opinion requests are available to You upon request.

When We arrange or approve a second opinion with an appropriately qualified In-Network Dentist of Your choice, the cost of the second opinion consultation will be Our responsibility, minus any applicable Copayment that you must pay at the time of service. You may have to pay for any non-covered diagnostic services recommended or required by the dentist that You have agreed to at the time of the visit.

If no other In-Network Dentist is reasonably available who meets this standard, We will approve an Out-of-Network second opinion. Please call the customer service number so that We may assist in locating an Out-of-Network dentist for You. In such cases, the cost of the Out-of-Network second opinion will be the responsibility of the Plan, minus any applicable patient copayment to be paid by the member at the time of service.

Second opinions are not covered with out-of-network providers without Our prior approval.

If We deny a request for second opinion, You may file a grievance following the Grievance Resolution Procedure.

GRIEVANCE RESOLUTION PROCEDURE

Any Member not satisfied with any aspect of the Plan may file a complaint/grievance. While We prefer the Complaints/grievances to be filed in writing or submitted verbally with the assistance of a Plan representative. Assistance with filing a complaint/grievance is provided, as necessary, at each location where complaints/grievances may be filed. You, or a person acting on Your behalf, must file a complaint/grievance within one-hundred eighty (180) days following the incident or action that is the subject of Your dissatisfaction. The complaint/grievance should contain sufficient detail to identify the nature of the problem.

Your written complaint/grievance must be submitted to the Customer Services Department at the address or website on the introduction page of this Evidence of Coverage, or you may call Customer Service for assistance at the toll-free number in the Introduction section of this Evidence of Coverage or on Your ID card.

You will not be subject to discrimination, disenrollment, or otherwise penalized for filing a complaint/grievance.

Complaint/Grievance forms and a description of the complaint/grievance procedure are available directly from Us, on Our website and at each contracted provider's facility, and are provided promptly upon request.

Receipt of your concern will be acknowledged within five (5) days. After receipt, all parties involved will be contacted and any pertinent facts, dental records, or other supportive materials will be collected. **A copy of your grievance will be forwarded to the dental office(s) which is/are the subject of the grievance.**

Complaints/grievances will be resolved within thirty (30) days. A notice of the disposition for the complaint/grievance will be sent to the member within thirty (30) days from the receipt of the complaint/grievance.

If You have received a decision from Us on Your complaint/grievance, or if You have been involved in the complaint/grievance process for more than thirty (30) days, You may file a complaint/grievance with the Department of Managed Health Care (DMHC). You may also file a complaint/grievance with the DMHC any time the DMHC determines Your case involves imminent and serious threat to Your health, including but not limited to severe pain, potential loss of life, limb, or major bodily function, or in any case where the DMHC determines that an earlier review is warranted.

Because of regulations concerning the confidentiality of patient medical records, any resolution to complaint/grievance will be forwarded to the Dental Office and Member only. All such replies will be made in writing and will be held in the strictest confidence.

If You are not proficient in English, are hearing impaired, are visually impaired, or are otherwise impaired such that access to Our complaint/grievance system is potentially hampered, We provide assistance as necessary.

United Concordia's complaint/grievance system addresses the linguistic and cultural needs of its members as well as the needs of members with disabilities, to ensure that all members have access to and can fully participate in the complaint/grievance system, by the following means

1. Translations of complaint/grievance procedures, forms, and plan responses to complaints/grievances, as needed,
2. Access to telephone interpreters,
3. Access to telephone relay systems and other devices that aid disabled individuals to communicate,
4. Other individualized assistance to meet the Member's specific needs.

You can access the above referenced services by contacting Customer Service at the telephone number listed on the first page of this Evidence of Coverage or on Your ID card.

If Your complaint/grievance involves an imminent or serious threat to Your health, including, but not limited to, severe pain, potential loss of life, limb, or major bodily function, We will conduct an expedited review of the complaint/grievance. Upon receiving notice of an expedited review case, We will immediately inform You of Your rights and the method to notify the DMHC of the complaint/grievance. We also will notify You of the disposition or pending status of the expedited complaint/grievance no later than three (3) days from receipt of the complaint/grievance.

Due to regulatory constraints on the timeline for complaint/grievance resolution, a complaint/grievance determination **may not** be appealed to Us.

If You believe health care services have been improperly denied, modified, or delayed by the Plan, or by one of its Dentists, You have the right to request an Independent Medical Review from the California Department of Managed Health Care.

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If You have a grievance against Your health plan, You should first telephone Your health plan at **1-866-357-3304** and use Your health plan'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 Your health plan, 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 treatments 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-HMO-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing and speech impaired. The department's Internet Web site <http://www.hmohelp.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

RENEWAL PROVISIONS

Upon completion of the original term, this Group Contract shall automatically be renewed on an annual basis as provided for in the Group Contract. The Company will supply You with a copy of the Group Contract upon request.

RIGHT OF CANCELLATION AND RESTRICTIONS ON RENEWAL

This Plan may be cancelled or terminated at any time based upon the Termination of Benefits Section below.

TERMINATION OF BENEFITS

A Member's coverage will end at 12:00 AM PST

- on the date You no longer meet Your Group's eligibility requirements; or
- on the date Premium payment ceases for You; or
- on the date You no longer meet the eligibility requirements for a Dependent, as defined in the Definitions section of this Evidence of Coverage; or
- on the date of cancellation included in the Plan's notice to You, provided at least thirty (30) days prior to cancellation, as a result of a final disposition of a fraud conviction for the Subscriber or his/her Dependents; or
- on the date the Subscriber's residence changes to an area outside the State of California. Coverage shall continue for Dependents who reside in California with a non-custodial parent.

On the date the Subscriber's coverage ends or the Subscriber is no longer eligible to enroll his/her Dependents, Dependent coverage will end. If the Group Contract is cancelled, Subscriber and Dependent coverage will end on the Group Contract Termination Date.

If the Contractholder fails to pay Premium, Coverage will remain in effect during the Grace Period. If the Premium is not received within the Grace Period, coverage will be immediately cancelled on the first day following the expiration of the Grace Period. The Contractholder is liable for Premium accrued during the Grace Period.

A Member who alleges that this Evidence of Coverage was not renewed or terminated due to a family Member's or Subscriber's health status may request a review for cancellation from the Director of the Department of Managed Health Care.

We are not liable to pay any benefits for services that are started after Your Termination Date or after the Group Contract Termination Date. However, coverage for completion of a dental procedure requiring two (2) or more visits on separate days will be extended for a period of ninety (90) days after the Termination Date in order for the procedure to be finished. The procedure must be started prior to the Termination Date. The procedure is considered "started" when the procedure cannot be undone or reversed. For example, for crowns or fixed partial dentures, the procedure is started when the teeth are prepared and impressions are taken. For orthodontic treatment, if covered under the Plan, coverage will be extended through the end of the month of the Member's Termination Date. This extension does not apply if the Group Contract terminates for failure to pay Premium.

CONTINUATION COVERAGE

Federal or state law may require that certain employers offer continuation coverage to Members for a period of time upon the Subscriber's reduction of work hours or termination of employment for any reason other than gross misconduct. Contact Your Group to find out if this applies to You. Your Group will advise You of Your rights to continuation coverage and the cost. If this requirement does apply, You must elect to continue coverage within sixty (60) days from Your qualifying event or from notification of rights by Your Group, whichever is later. Dependents may have separate election rights, or You may elect to continue coverage for them. You must pay the required premium for continuation coverage directly to Your Group. The Company is not responsible for determining who is eligible for continuation coverage.

GENERAL PROVISIONS

This Evidence of Coverage includes and incorporates any and all riders, endorsements, addenda, and schedules and, together with the Group Contract, represents the entire agreement between the parties with respect to the dental Plan. The failure of any section or subsection of this Evidence of Coverage shall not affect the validity, legality and enforceability of the remaining sections.

With the approval of the Department of Managed Health Care (or its successors), the Company may assign this Evidence of Coverage, and its rights and obligations hereunder to any entity under common control with the Company.

This Evidence of Coverage will be construed for all purposes as a legal document and will be interpreted and enforced in accordance with pertinent laws and regulations of the State of California.

Privacy and Confidentiality of Dental Records and Communications

We do not disclose claim or eligibility records except as allowed or required by law and then in accordance with federal and state law. We maintain physical, electronic, and procedural safeguards to guard claims and eligibility information from unauthorized access, use, and disclosure.

A statement describing our policies and procedures for preserving the confidentiality of dental records is available and will be furnished to You upon request.

You may request confidential communication of medical information. That means You can request confidential medical information to be sent to You, alone, and/or to be directed to an address specified by You. Doing so will also ensure that confidential medical information is not disclosed to anyone else; even, other individuals covered under your plan. In order to do this, You can submit a confidential communications request by mail at:

**United Concordia Dental Plans of California, Inc.
PO Box 69414
Harrisburg, PA 17106-9421**

You may, instead, call the Plan's customer services area at (866) 357-3304 to make the request. We will acknowledge the request and ensure that Your request is implemented within 7 calendar days, for requests submitted electronically, or within 14 calendar days for requests submitted by mail. You may also request to opt-out of receiving communications by calling the customer services number above. Requests to discontinue receiving communications will be implemented within 30 calendar days of the request.

You may contact customer service to either check on the status of your request or to confirm it has been implemented. Any requests made by You regarding confidential communication of medical information will remain in place until You inform us otherwise.

Rights of Company to Change Plan

Except as otherwise herein provided, this Evidence of Coverage may be amended, changed or modified only in writing and thereafter attached hereto as part of this Evidence of Coverage.

Suggestions and Comments

We welcome Your suggestions and comments to improve the service for this Plan. You may submit questions and comments to Our Public Policy Committee. The Public Policy Committee establishes and reviews the Plan's public policy. The Committee consists of representatives of at least 51 of covered Members under this Plan. If You wish to be considered for selection to the Committee, submit Your qualifications in writing to the address on the front of this Evidence of Coverage. The Plan reviews its

Committee membership annually. The Plan will notify You of its selection decisions after that annual review.

Discrimination is Against the Law

The Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently based on race, color, national origin, ancestry, age, religion, disability, marital status, gender, sex assigned at birth, sexual orientation, sex stereotypes, gender identity or recorded gender. Furthermore, the Plan will not deny or limit coverage to any health service based on the fact that an individual's sex assigned at birth, gender identity, or recorded gender is different from the one to which such health service is ordinarily available. The Plan will not deny or limit coverage for a specific health service related to gender transition if such denial or limitation results in discriminating against a transgender individual.

The Plan

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call 1-800-332-0366 (TTY 711) for assistance or contact the Civil Rights Coordinator at P.O. Box 22492, Pittsburgh PA 15222, Phone 1-866-286-8295, TTY 711, Fax 412-544-2475, email CivilRightsCoordinator_highmark.com.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, ancestry, age, religion, disability, marital status, gender, sex assigned at birth, sexual orientation, sex stereotypes, gender identity or recorded gender you can file a grievance with the Plan. Grievance forms and a description of the grievance procedure are available directly from United Concordia by calling Customer Service at 1-866-357-3304, in the Forms section of United Concordia's website at www.unitedconcordia.com and at each contracted provider's facility, and are provided promptly upon request. If you need help filing a grievance, call Customer Service at 1-866-357-3304 for assistance.

"The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-800-637-6453 or TTY 1-888-645-1257** and use your health plan'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 your health plan, 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 treatments 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 www.dnhc.ca.gov has complaint forms, IMR application forms and instructions online."

You may have the right to bring a civil action under Section 502(a) of the Employee Retirement Income Security Act (ERISA) if you are enrolled with your health plan through an employer who is subject to ERISA. First, be sure that all required reviews of your claim appeal have been completed and your claim has not been approved. Then consult with your employer's benefit plan administrator to determine if your employer's benefit plan is governed by ERISA. Additionally, you and your health plan may have other voluntary alternative dispute resolution options, such as mediation.

Other resources to help you: Do you have questions about your appeal rights or this notice? Need help with an appeal? You can get help from the Consumer Assistance Program (CAP) in California.

California Department of Managed Health Care Help Center

Toll Free 1-888-466-2219 TDD/TTY 1-877-688-9891

<http://www.healthhelp.ca.gov>

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/>

CA9805-B (11/23)

NEW MEMBER CONTINUATION OF CARE INFORMATION

Continuation of Care

If You have been receiving care from a dental care provider, You may have a right to keep Your dental care provider for a designated time period. Please contact this Plan's customer service department at 1-866-357-3304, and if You have further questions, You are encouraged to contact the Department of Managed Health Care, which protects HMO consumers, by telephone at its toll-free number, 1-888-HMO-2219, or at a TDD number for the hearing impaired at 1-877-688-9891, or online at www.hmohelp.ca.gov. You may also obtain a copy of our policy on continuation of care from our customer service department. This policy does not apply to a newly covered enrollee covered under an individual subscriber agreement.

You must make a specific request to continue under the care of Your current provider. We are not required to continue Your care with that provider if You are not eligible under our policy or if we cannot reach agreement with your provider on the terms regarding Your care in accordance with California law.

**FEDERAL LAW SUPPLEMENT
TO
CERTIFICATE OF INSURANCE**

This Supplement amends your Certificate by adding the following provisions regarding special enrollment periods and extended coverage requirements currently mandated or that may be mandated in the future under federal law.

You may enroll for dental coverage at any time for yourself and your dependents if

- (1) You or your dependent either loses eligibility for coverage under Medicaid or the Children's Health Insurance Program ("CHIP"); or
- (2) You or your dependent becomes eligible for premium assistance from Medicaid or CHIP allowing enrollment in a benefit program.

In order to enroll, you must submit complete enrollment information to your group or its plan administrator within sixty (60) days from your or your dependent's loss of coverage or eligibility for premium assistance, as the case may be.

Other special enrollment periods and rights may apply to you or your dependents under new or existing federal laws. Consult your group, its plan administrator or your group's summary plan description for information about any new or additional special enrollment periods, enrollment rights or extended coverage periods for dependents mandated under federal law.

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR PLAN

- ▶ This schedule of benefits provides a listing of procedures covered by your plan. For procedures that require a copayment, the amount to be paid is shown in the column titled "Member Pays \$." You pay these copayments to the dental office at the time of service.
- ▶ You must select a United Concordia Primary Dental Office (PDO) to receive covered services. Your PDO will perform the below procedures or refer you to a specialty care dentist for further care. Treatment by an Out-of-Network dentist is not covered, except as described in the Evidence of Coverage.
- ▶ Only procedures listed on this Schedule of Benefits are Covered Services. For services not listed (not covered), You are responsible for the full fee charged by the dentist. Procedure codes and member Copayments may be updated to meet American Dental Association (ADA) Current Dental Terminology (CDT) in accordance with national standards.
- ▶ In-Network Dentists will charge an additional \$125 for the use of precious (high noble) or semi precious (noble) metal.
- ▶ For a complete description of your plan, please refer to the Certificate of Coverage and the Schedule of Exclusions and Limitations in addition to this Schedule of Benefits.
- ▶ If you have any questions about your United Concordia dental plan, please call our Customer Service Department toll-free at 1-866-357-3304 or access our website at www.UnitedConcordia.com.

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$	ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
CLINICAL ORAL EVALUATIONS			RADIOGRAPHS/DIAGNOSTIC IMAGING (including interpretation)		
D0120	Periodic Oral Evaluation - Established Patient	0	D0270	Bitewing - Single Radiographic Image	0
D0140	Limited Oral Evaluation - Problem Focused	0	D0272	Bitewings - Two Radiographic Images	0
D0145	Oral Evaluation For A Patient Under 3 Years Of Age And Counseling With Primary Caregiver	0	D0273	Bitewings - Three Radiographic Images	0
D0150	Comprehensive Oral Evaluation - New Or Established Patient	0	D0274	Bitewings - Four Radiographic Images	0
D0160	Detailed And Extensive Oral Evaluation - Problem Focused, By Report	0	D0277	Vertical Bitewings - 7 To 8 Radiographic Images	0
D0170	Re-Evaluation-Limited, Problem Focused (Established Patient; Not Post-Operative Visit)	0	D0330	Panoramic Radiographic Image	0
D0171	Re-Evaluation - Post-Operative Office Visit	0	D0340	2D Cephalometric Radiographic Image - Acquisition, Measurement And Analysis	0
D0180	Comprehensive Periodontal Evaluation	0	D0350	2D Oral/Facial Photographic Image Obtained Intra-Orally Or Extra-Orally	0
RADIOGRAPHS/DIAGNOSTIC IMAGING (including interpretation)			D0372	Intraoral Tomosynthesis - Comprehensive Series of Radiographic Images	0
D0210	Intraoral - Comprehensive Series Of Radiographic Images	0	D0373	Intraoral Tomosynthesis – Bitewing Radiographic Image	0
D0220	Intraoral- Periapical First Radiographic Image	0	D0374	Intraoral Tomosynthesis – Periapical Radiographic Image	0
D0230	Intraoral- Periapical Each Additional Radiographic Image	0	TESTS AND EXAMINATIONS		
D0240	Intraoral - Occlusal Radiographic Image	0	D0396	3D Printing of a 3D Dental Surface Scan	0
D0250	Extra-oral - 2D Projection Radiographic Image Created Using A Stationary Radiation Source, And Detector	0	D0415	Collection Of Microorganisms For Culture And Sensitivity	0
D0251	Extra-oral Posterior Dental Radiographic Image	0	D0416	Viral Culture	0
			D0417	Collection And Preparation Of Saliva Sample For Laboratory Diagnostic Testing	0
			D0418	Analysis Of Saliva Sample	0

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$	ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
TESTS AND EXAMINATIONS			OTHER PREVENTIVE SERVICES		
D0422	Collection and Preparation Of Genetic Sample Material For Laboratory Analysis And Report	0	D1321	Counseling for the control and prevention of adverse oral, behavioral, and systemic health effects associated with high-risk substance use	0
D0423	Genetic Test for Susceptibility To Diseases - Specimen Analysis	0	D1330	Oral Hygiene Instruction	0
D0425	Caries Susceptibility Tests	0	D1351	Sealant - Per Tooth	0
D0431	Adjunctive Pre-Diagnostic Test That Aids In Detection Of Mucosal Abnormalities Including Premalignant And Malignant Lesions, Not To Include Cytology Or Biopsy Procedures	0	D1353	Sealant Repair - Per Tooth	0
D0460	Pulp Vitality Tests	0	D1354	Application of Caries Arresting Medicament - Per Tooth	15
D0470	Diagnostic Casts	0	D1355	Caries preventive medicament application - per tooth	15
ORAL PATHOLOGY LABORATORY			SPACE MAINTENANCE (passive appliances)		
D0472	Accession Of Tissue, Gross Examination, Preparation And Transmission Of Written Report	0	D1510	Space maintainer - fixed, unilateral - per quadrant	0
D0473	Accession Of Tissue, Gross And Microscopic Examination, Preparation And Transmission Of Written Report	0	D1516	Space Maintainer - Fixed - bilateral, maxillary	0
D0474	Accession Of Tissue, Gross And Microscopic Examination, Including Assessment Of Surgical Margins For Presence Of Disease, Preparation And Transmission Of Written Report	0	D1517	Space Maintainer - Fixed - bilateral, mandibular	0
D0502	Other Oral Pathology Procedures, By Report	0	D1520	Space maintainer - removable, unilateral - per quadrant	0
D0601	Caries Risk Assessment And Documentation, With A Finding Of Low Risk	0	D1526	Space Maintainer - Removable - bilateral, maxillary	0
D0602	Caries Risk Assessment And Documentation, With A Finding Of Moderate Risk	0	D1527	Space Maintainer - Removable - bilateral, mandibular	0
D0603	Caries Risk Assessment And Documentation, With A Finding Of High Risk	0	D1551	Re-cement or re-bond bilateral space maintainer - maxillary	0
DENTAL PROPHYLAXIS			D1552	Re-cement or re-bond bilateral space maintainer - mandibular	0
D1110	Prophylaxis, Adult (1 per 6 months)	0	D1553	Re-cement or re-bond bilateral space maintainer - per quadrant	0
	Additional adult prophylaxis (maximum of 1 additional per 6 months)	40	D1556	Removal of fixed unilateral space maintainer - per quadrant	0
D1120	Prophylaxis, Child (1 per 6 months)	0	D1557	Removal of fixed unilateral space maintainer - maxillary	0
	Additional child prophylaxis (maximum of 1 additional per 6 months)	30	D1558	Removal of fixed unilateral space maintainer - mandibular	0
TOPICAL FLUORIDE TREATMENT (office procedure)			D1575	Distal shoe space maintainer - fixed, unilateral - per quadrant	0
D1206	Topical Application Of Fluoride Varnish	0	AMALGAM RESTORATIONS (including polishing)		
D1208	Topical Application Of Fluoride - Excluding Varnish	0	D2140	Amalgam - One Surface, Primary Or Permanent	0
OTHER PREVENTIVE SERVICES			D2150	Amalgam - Two Surfaces, Primary Or Permanent	0
D1301	Immunization Counseling	0	D2160	Amalgam - Three Surfaces, Primary Or Permanent	0
D1310	Nutritional Counseling For The Control Of Dental Disease	0	D2161	Amalgam - Four Or More Surfaces, Primary Or Permanent	0
D1320	Tobacco Counseling For The Control And Prevention Of Oral Disease	0	RESIN-BASED COMPOSITE RESTORATIONS - DIRECT		
			D2330	Resin-Based Composite - One Surface, Anterior	0
			D2331	Resin-Based Composite - Two Surfaces, Anterior	0
			D2332	Resin-Based Composite - Three Surfaces, Anterior	0
			D2335	Resin-Based Composite - Four Or More Surfaces (Anterior)	0
			D2390	Resin-Based Composite Crown, Anterior	0
			D2391	Resin-Based Composite - One Surface, Posterior	85

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
RESIN-BASED COMPOSITE RESTORATIONS - DIRECT		
D2392	Resin-Based Composite - Two Surfaces, Posterior	109
D2393	Resin-Based Composite - Three Surfaces, Posterior	133
D2394	Resin-Based Composite - Four Or More Surfaces, Posterior	140
INLAY/ONLAY RESTORATIONS		
D2510	Inlay - Metallic - One Surface	0 ◆
D2520	Inlay - Metallic - Two Surfaces	0 ◆
D2530	Inlay - Metallic - Three Or More Surfaces	0 ◆
D2542	Onlay - Metallic-Two Surfaces	0 ◆
D2543	Onlay - Metallic - Three Surfaces	0 ◆
D2544	Onlay - Metallic - Four Or More Surfaces	0 ◆
CROWNS - SINGLE RESTORATIONS ONLY		
D2710	Crown-Resin-Based Composite (Indirect)	0
D2712	Crown - 3/4 Resin-Based Composite (Indirect)	0
D2720	Crown, Resin With High Noble Metal	0 ◆
D2721	Crown, Resin With Predominantly Base Metal	0
D2722	Crown, Resin With Noble Metal	0 ◆
D2740	Crown, Porcelain/Ceramic	0
D2750	Crown, Porcelain Fused To High Noble Metal	0 ◆
D2751	Crown-Porcelain Fused To Predominantly Base Metal	0
D2752	Crown, Porcelain Fused To Noble Metal	0 ◆
D2753	Crown - porcelain fused to titanium and titanium alloys	0
D2780	Crown - 3/4 Cast High Noble Metal	0 ◆
D2781	Crown - 3/4 Cast Predominantly Base Metal	0
D2782	Crown - 3/4 Cast Noble Metal	0 ◆
D2783	Crown - 3/4 Porcelain/Ceramic	0
D2790	Crown, Full Cast High Noble Metal	0 ◆
D2791	Crown - Full Cast Predominantly Base Metal	0
D2792	Crown, Full Cast Noble Metal	0 ◆
D2794	Crown - titanium and titanium alloys	0
D2799	Interim Crown - Further Treatment Or Completion Of Diagnosis Necessary Prior To Final Impression	0
OTHER RESTORATIVE SERVICES		
D2910	Re-Cement Or Re-Bond Inlay, Onlay, Veneer Or Partial Coverage Restoration	0
D2915	Re-Cement Or Rebond Indirectly Fabricated Or Prefabricated Post And Core	0
D2920	Re-Cement Or Re-Bond Crown	0
D2930	Prefabricated Stainless Steel Crown - Primary Tooth	0
D2931	Prefabricated Stainless Steel Crown - Permanent Tooth	0

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
OTHER RESTORATIVE SERVICES		
D2932	Prefabricated Resin Crown	0
D2933	Prefabricated Stainless Steel Crown With Resin Window	0
D2934	Prefabricated Esthetic Coated Stainless Steel Crown - Primary Tooth	0
D2940	Placement of Interim Direct Restoration	0
D2949	Restorative Foundation For An Indirect Restoration	0
D2950	Core Buildup Including Any Pins When Required	0
D2951	Pin Retention - Per Tooth, In Addition To Restoration	0
D2952	Post And Core In Addition To Crown, Indirectly Fabricated	0
D2953	Each Additional Indirectly Fabricated Post - Same Tooth	10
D2954	Prefabricated Post And Core In Addition To Crown	0
D2955	Post Removal	0
D2956	Removal of an Indirect Restoration on a Natural Tooth	20
D2957	Each Additional Prefabricated Post - Same Tooth	10
D2971	Additional Procedures To Customize a Crown to fit Under an Existing Partial Denture Framework	25
D2980	Crown Repair Necessitated By Restorative Material Failure	0
D2981	Inlay Repair Necessitated By Restorative Material Failure	0
D2982	Onlay Repair Necessitated By Restorative Material Failure	0
D2991	Application of Hydroxyapatite Regeneration Medicament – per tooth	45
PULP CAPPING		
D3110	Pulp Cap - Direct (Excluding Final Restoration)	0
D3120	Pulp Cap - Indirect (Excluding Final Restoration)	0
PULPOTOMY		
D3220	Therapeutic Pulpotomy (Excluding Final Restoration)	0
D3221	Pulpal Debridement, Primary And Permanent Teeth	0
D3222	Partial Pulpotomy For Apexogenesis-Permanent Tooth With Incomplete Root Development	0
ENDODONTIC THERAPY ON PRIMARY TEETH		
D3230	Pulpal Therapy (Resorbable Filling)-Anterior, Primary Tooth (Excluding Final Restoration)	0
D3240	Pulpal Therapy (Resorbable Filling)-Posterior, Primary Tooth (Excluding Final Restoration)	0
ENDODONTIC THERAPY (including treatment plan, clinical procedures and follow-up care)		
D3310	Endodontic Therapy, Anterior Tooth (Excluding Final Restoration)	0

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
ENDODONTIC THERAPY (including treatment plan, clinical procedures and follow-up care)		
D3320	Endodontic Therapy, Premolar Tooth (Excluding Final Restoration)	0
D3330	Endodontic Therapy, Molar Tooth (Excluding Final Restoration)	0
ENDODONTIC RETREATMENT		
D3346	Retreatment Of Previous Root Canal Therapy - Anterior	0
D3347	Retreatment Or Previous Root Canal Therapy - Premolar	0
D3348	Retreatment Of Previous Root Canal Therapy - Molar	0
APEXIFICATION/RECALCIFICATION PROCEDURES		
D3351	Apexification/Recalcification - Initial Visit (Apical Closure / Calcific Repair Of Perforations, Root Resorption, Etc.)	0
D3352	Apexification/Recalcification - Interim Medication Replacement (Apical Closure/Calcific Repair Of Perforations, Root Resorption, Pulpal Space Disinfection, Etc.)	0
D3353	Apexification/Recalcification-Final Visit (Includes Completed Root Canal Therapy-Apical Closure/Calcific Repair Of Perforations, Root Resorption, Etc.)	0
D3355	Pulpal Regeneration - Initial Visit	0
D3356	Pulpal Regeneration - Interim Medication Replacement	0
D3357	Pulpal Regeneration - Completion Of Treatment	0
APICOECTOMY/PERIRADICULAR SERVICES		
D3410	Apicoectomy - Anterior	0
D3421	Apicoectomy - Premolar (First Root)	0
D3425	Apicoectomy - Molar (First Root)	0
D3426	Apicoectomy (Each Additional Root)	0
D3430	Retrograde Filling - Per Root	0
D3450	Root Amputation - Per Root	0
D3471	Surgical repair of root resorption – anterior	0
D3472	Surgical repair of root resorption – premolar	0
D3473	Surgical repair of root resorption – molar	0
D3501	Surgical exposure of root surface without apicoectomy or repair of root resorption – anterior	0
D3502	Surgical exposure of root surface without apicoectomy or repair of root resorption – premolar	0
D3503	Surgical exposure of root surface without apicoectomy or repair of root resorption – molar	0
OTHER ENDODONTIC PROCEDURES		
D3910	Surgical Procedure For Isolation Of Tooth With Rubber Dam	0
D3920	Hemisection (Including Any Root Removal) Not Including Root Canal Therapy	0
D3921	Decoronation or submergence of an erupted tooth	0

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
OTHER ENDODONTIC PROCEDURES		
D3950	Canal Preparation And Fitting Of Preformed Dowel Or Post	0
SURGICAL SERVICES (including usual postoperative care)		
D4210	Gingivectomy Or Gingivoplasty - Four Or More Contiguous Teeth Or Tooth Bounded Spaces Per Quadrant	0
D4211	Gingivectomy Or Gingivoplasty - One To Three Contiguous Teeth Or Tooth Bounded Spaces Per Quadrant	0
D4212	Gingivectomy Or Gingivoplasty To Allow Access For Restorative Procedure, Per Tooth	0
D4240	Gingival Flap Procedure, Including Root Planing - Four Or More Contiguous Teeth Or Tooth Bounded Spaces Per Quadrant	0
D4241	Gingival Flap Procedure, Including Root Planing - One To Three Contiguous Teeth Or Tooth Bounded Spaces Per Quadrant	0
D4245	Apically Positioned Flap	0
D4249	Clinical Crown Lengthening-Hard Tissue	0
D4260	Osseous Surgery (Including Elevation Of A Full Thickness Flap And Closure) – Four Or More Contiguous Teeth Or Tooth Bounded Spaces Per Quadrant	0
D4261	Osseous Surgery (Including Elevation Of A Full Thickness Flap And Closure) – One To Three Contiguous Teeth Or Tooth Bounded Spaces Per Quadrant	0
D4263	Bone Replacement Graft - Retained Natural Tooth - First Site In Quadrant	120
D4264	Bone Replacement Graft - Retained Natural Tooth - Each Additional Site In Quadrant	92
D4274	Mesial/Distal Wedge Procedure, Single Tooth (When Not Performed In Conjunction With Surgical Procedures In The Same Anatomical Area)	0
D4286	Removal of Non-Resorbable Barrier	0
NON-SURGICAL PERIODONTAL SERVICES		
D4341	Periodontal Scaling And Root Planing - Four Or More Teeth Per Quadrant	0
D4342	Periodontal Scaling And Root Planing - One To Three Teeth Per Quadrant	0
D4346	Scaling In Presence Of Generalized Moderate Or Severe Gingival Inflammation - Full Mouth, After Oral Evaluation	0
D4355	Full Mouth Debridement To Enable a Comprehensive Periodontal Evaluation And Diagnosis on a Subsequent Visit	0

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$	ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
NON-SURGICAL PERIODONTAL SERVICES			PARTIAL DENTURES (including routine post-delivery care)		
D4381	Localized Delivery Of Antimicrobial Agents Via Controlled Release Vehicle Into Diseased Crevicular Tissue, Per Tooth	43	D5282	Removable unilateral partial denture - one piece cast metal (including retentive/clasping materials, rests and teeth), maxillary	0
OTHER PERIODONTAL SERVICES			D5283	Removable unilateral partial denture - one piece cast metal (including retentive/clasping materials, rests and teeth), mandibular	0
D4910	Periodontal Maintenance	0	D5284	Removable unilateral partial denture - one piece flexible base (including retentive/clasping materials, rests and teeth) - per quadrant	0
D4920	Unscheduled Dressing Change (By Someone Other Than Treating Dentist Or Their Staff)	0	D5286	Removable unilateral partial denture - one piece resin (including retentive/clasping materials, rests and teeth) - per quadrant	0
D4921	Gingival Irrigation with a medicinal agent - Per Quadrant	25	ADJUSTMENTS TO DENTURES		
COMPLETE DENTURES (including routine post delivery care)			D5410	Adjust Complete Denture - Maxillary	0
D5110	Complete Denture - Maxillary	0	D5411	Adjust Complete Denture - Mandibular	0
D5120	Complete Denture - Mandibular	0	D5421	Adjust Partial Denture - Maxillary	0
D5130	Immediate Denture - Maxillary	0	D5422	Adjust Partial Denture - Mandibular	0
D5140	Immediate Denture - Mandibular	0	REPAIRS TO COMPLETE DENTURES		
PARTIAL DENTURES (including routine post-delivery care)			D5511	Repair Broken Complete Denture Base, Mandibular	0
D5211	Maxillary Partial Denture - Resin Base (Including Retentive/Clasping Materials, Rests And Teeth)	0	D5512	Repair Broken Complete Denture Base, Maxillary	0
D5212	Mandibular Partial Denture - Resin Base (Including Retentive/Clasping Materials, Rests And Teeth)	0	D5520	Replace Missing Or Broken Teeth- Complete Denture Per Tooth	0
D5213	Maxillary partial denture - cast metal framework with resin denture bases (including retentive/clasping materials, rests and teeth)	0	REPAIRS TO PARTIAL DENTURES		
D5214	Mandibular partial denture - cast metal framework with resin denture bases (including retentive/clasping materials, rests and teeth)	0	D5611	Repair Resin Partial Denture Base, Mandibular	0
D5221	Immediate maxillary partial denture - resin base (including retentive/clasping materials, rests and teeth)	0	D5612	Repair Resin Partial Denture Base, Maxillary	0
D5222	Immediate mandibular partial denture - resin base (including retentive/clasping materials, rests and teeth)	0	D5621	Repair Cast Partial Framework, Mandibular	0
D5223	Immediate maxillary partial denture - cast metal framework with resin denture bases (including retentive/clasping materials, rests and teeth)	0	D5622	Repair Cast Partial Framework, Maxillary	0
D5224	Immediate mandibular partial denture - cast metal framework with resin denture bases (including retentive/clasping materials, rests and teeth)	0	D5630	Repair Or Replace Broken Retentive Clasping Materials - Per Tooth	0
D5225	Maxillary Partial Denture - Flexible Base (Including Retentive/Clasping materials, Rests And Teeth)	0	D5640	Replace Missing or Broken Teeth- Partial Denture-Per Tooth	0
D5226	Mandibular Partial Denture - Flexible Base (Including Retentive/Clasping materials, Rests And Teeth)	0	D5650	Add Tooth To Existing Partial Denture-Per Tooth	0
D5227	Immediate maxillary partial denture - flexible base (including any clasps, rests and teeth)	0	D5660	Add Clasp To Existing Partial Denture - Per Tooth	0
D5228	Immediate mandibular partial denture - flexible base (including any clasps, rests and teeth)	0	D5670	Replace All Teeth And Acrylic On Cast Metal Framework (Maxillary)	0
			D5671	Replace All Teeth And Acrylic On Cast Metal Framework (Mandibular)	0
			DENTURE REBASE PROCEDURES		
			D5710	Rebase Complete Maxillary Denture	0
			D5711	Rebase Complete Mandibular Denture	0
			D5720	Rebase Maxillary Partial Denture	0
			D5721	Rebase Mandibular Partial Denture	0
			D5725	Rebase hybrid prosthesis	0

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$	ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
DENTURE RELINE PROCEDURES			FIXED PARTIAL DENTURE RETAINERS - INLAYS/ONLAYS		
D5730	Reline Complete Maxillary Denture (direct)	0	D6548	Retainer - Porcelain/Ceramic For Resin Bonded Fixed Prosthesis	0
D5731	Reline Complete Mandibular Denture (direct)	0	D6549	Resin Retainer - For Resin Bonded Fixed Prosthesis	0
D5740	Reline Maxillary Partial Denture (direct)	0	D6602	Retainer Inlay - Cast High Noble Metal, Two Surfaces	0 ◆
D5741	Reline Mandibular Partial Denture (direct)	0	D6603	Retainer Inlay - Cast High Noble Metal, Three Or More Surfaces	0 ◆
D5750	Reline Complete Maxillary Denture (indirect)	0	D6604	Retainer Inlay - Cast Predominantly Base Metal, Two Surfaces	0
D5751	Reline Complete Mandibular Denture (indirect)	0	D6605	Retainer Inlay - Cast Predominantly Base Metal, Three Or More Surfaces	0
D5760	Reline Maxillary Partial Denture (indirect)	0	D6606	Retainer Inlay - Cast Noble Metal, Two Surfaces	0 ◆
D5761	Reline Mandibular Partial Denture (indirect)	0	D6607	Retainer Inlay - Cast Noble Metal, Three Or More Surfaces	0 ◆
D5765	Soft liner for complete or partial removable denture – indirect	0	D6610	Retainer Onlay - Cast High Noble Metal, Two Surfaces	0 ◆
D5810	Interim Complete Denture (Maxillary)	0	D6611	Retainer Onlay - Cast High Noble Metal, Three Or More Surfaces	0 ◆
D5811	Interim Complete Denture (Mandibular)	0	D6612	Retainer Onlay - Cast Predominantly Base Metal, Two Surfaces	0
D5820	Interim Partial Denture (including retentive/clasping materials, rests and teeth), maxillary	0	D6613	Retainer Onlay - Cast Predominantly Base Metal, Three Or More Surfaces	0
D5821	Interim Partial Denture (including retentive/clasping materials, rests and teeth), mandibular	0	D6614	Retainer Onlay - Cast Noble Metal, Two Surfaces	0 ◆
OTHER REMOVABLE PROSTHETIC SERVICES			D6615	Retainer Onlay - Cast Noble Metal, Three Or More Surfaces	0 ◆
D5850	Tissue Conditioning, Maxillary	0	D6624	Retainer Inlay - Titanium	0
D5851	Tissue Conditioning, Mandibular	0	D6634	Retainer Onlay - Titanium	0
D5863	Overdenture - Complete Maxillary	0	FIXED PARTIAL DENTURE RETAINERS - CROWNS		
D5864	Overdenture - Partial Maxillary	0	D6710	Retainer Crown - Indirect Resin Based Composite	0
D5865	Overdenture - Complete Mandibular	0	D6720	Retainer Crown, Resin With High Noble Metal	0 ◆
D5866	Overdenture - Partial Mandibular	0	D6721	Retainer Crown, Resin With Predominantly Base Metal	0
FIXED PARTIAL DENTURE PONTICS			D6722	Retainer Crown, Resin With Noble Metal	0 ◆
D6205	Pontic - Indirect Resin Based Composite	0	D6740	Retainer Crown - Porcelain/Ceramic	0
D6210	Pontic-Cast High Noble Metal	0 ◆	D6750	Retainer Crown, Porcelain Fused To High Noble Metal	0 ◆
D6211	Pontic-Cast Predominantly Base Metal	0	D6751	Retainer Crown - Porcelain Fused To Predominantly Base Metal	0
D6212	Pontic-Cast Noble Metal	0 ◆	D6752	Retainer Crown, Porcelain Fused To Noble Metal	0 ◆
D6214	Pontic - titanium and titanium alloys	0	D6753	Retainer crown - porcelain fused to titanium and titanium alloys	0
D6240	Pontic-Porcelain Fused To High Noble Metal	0 ◆	D6780	Retainer Crown, 3/4 Cast High Noble Metal	0 ◆
D6241	Pontic-Porcelain Fused To Predominantly Base Metal	0	D6781	Retainer Crown - 3/4 Cast Predominantly Base Metal	0
D6242	Pontic-Porcelain Fused To Noble Metal	0 ◆	D6782	Retainer Crown - 3/4 Cast Noble Metal	0 ◆
D6243	Pontic - porcelain fused to titanium and titanium alloys	0	D6783	Retainer Crown - 3/4 Porcelain/Ceramic	0
D6245	Pontic - Procelain/Ceramic	0	D6784	Retainer crown 3/4 - titanium and titanium alloys	0
D6250	Pontic, Resin With High Noble Metal	0 ◆	D6790	Retainer Crown, Full Cast High Noble Metal	0 ◆
D6251	Pontic, Resin With Predominantly Base Metal	0			
D6252	Pontic, Resin With Noble Metal	0 ◆			
FIXED PARTIAL DENTURE RETAINERS - INLAYS/ONLAYS					
D6545	Retainer-Cast Metal For Resin Bonded Fixed Prosthesis	0			

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
FIXED PARTIAL DENTURE RETAINERS - CROWNS		
D6791	Retainer Crown, Full Cast Predominantly Base Metal	0
D6792	Retainer Crown, Full Cast Noble Metal	0 ◆
D6794	Retainer crown - titanium and titanium alloys	0
OTHER FIXED PARTIAL DENTURE SERVICES		
D6930	Re-Cement Or Re-Bond Fixed Partial Denture	0
D6940	Stress Breaker	0
D6950	Precision Attachment	0
D6980	Fixed Partial Denture Repair Necessitated By Restorative Material Failure	0
EXTRACTIONS (includes local anesthesia, suturing, if needed, and routine postoperative care)		
D7111	Extraction, Coronal Remnants - Primary Tooth	0
D7140	Extraction, Erupted Tooth Or Exposed Root (Elevation And/Or Forceps Removal)	0
SURGICAL EXTRACTIONS (includes local anesthesia, suturing, if needed, and routine postoperative care)		
D7210	Extraction, Erupted Tooth Requiring Removal Of Bone And/Or Sectioning Of Tooth, And Including Elevation Of Mucoperiosteal Flap If Indicated	0
D7220	Removal Of Impacted Tooth - Soft Tissue	0
D7230	Removal Of Impacted Tooth - Partially Bony	0
D7240	Removal Of Impacted Tooth - Completely Bony	0
D7241	Removal Of Impacted Tooth - Completely Bony, With Unusual Surgical Complications	0
D7250	Removal Of Residual Tooth Roots (Cutting Procedure)	0
D7251	Coronectomy-Intentional Partial Tooth Removal, impacted teeth only	0
D7259	Nerve Dissection	20
OTHER SURGICAL PROCEDURES		
D7280	Exposure Of An Unerupted Tooth	0
D7283	Placement Of Device To Facilitate Eruption Of Impacted Tooth	0
D7284	Excisional biopsy of minor salivary glands	245
D7285	Incisional Biopsy Of Oral Tissue-Hard (Bone, Tooth)	0
D7286	Incisional Biopsy Of Oral Tissue-Soft	0
D7288	Brush Biopsy - Transepithelial Sample Collection	45
ALVEOLOPLASTY (surgical preparation of ridge for dentures)		
D7310	Alveoloplasty In Conjunction With Extractions - Four Or More Teeth Or Tooth Spaces, Per Quadrant	0
D7311	Alveoloplasty In Conjunction With Extractions - One To Three Teeth Or Tooth Spaces, Per Quadrant	0

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
ALVEOLOPLASTY (surgical preparation of ridge for dentures)		
D7320	Alveoloplasty Not In Conjunction With Extractions - Four Or More Teeth Or Tooth Spaces, Per Quadrant	0
D7321	Alveoloplasty Not In Conjunction With Extractions - One To Three Teeth Or Tooth Spaces, Per Quadrant	0
SURGICAL EXCISION OF INTRA-OSSEOUS LESIONS		
D7450	Removal Of Benign Odontogenic Cyst Or Tumor - Lesion Diameter Up To 1.25 Cm	0
D7451	Removal Of Benign Odontogenic Cyst Or Tumor - Lesion Diameter Greater Than 1.25 Cm	0
EXCISION OF BONE TISSUE		
D7471	Removal Of Lateral Exostosis (Maxilla Or Mandible)	0
D7472	Removal Of Torus Palatinus	0
D7473	Removal Of Torus Mandibularis	0
D7485	Reduction Of Osseous Tuberosity	0
SURGICAL INCISION		
D7509	Marsupialization of Odontogenic Cyst	245
D7510	Incision And Drainage Of Abscess - Intraoral Soft Tissue	0
D7511	Incision And Drainage Of Abscess - Intraoral Soft Tissue - Complicated (Includes Drainage Of Multiple Fascial Spaces)	0
D7520	Incision And Drainage Of Abscess - Extraoral Soft Tissue	0
D7521	Incision And Drainage Of Abscess - Extraoral Soft Tissue - Complicated (Includes Drainage Of Multiple Fascial Spaces)	0
REPAIR OF TRAUMATIC WOUNDS		
D7910	Suture Of Recent Small Wounds Up To 5 Cm	0
OTHER REPAIR PROCEDURES		
D7961	Buccal / labial frenectomy (frenulectomy)	0
D7962	Lingual frenectomy (frenulectomy)	0
D7963	Frenuloplasty	0
D7970	Excision Of Hyperplastic Tissue - Per Arch	0
D7971	Excision Pericoronary Gingival	0
LIMITED ORTHODONTIC TREATMENT		
D8010	Limited Orthodontic Treatment Of Primary Dentition	1500
D8020	Limited Orthodontic Treatment Of Transitional Dentition	1500
D8030	Limited Orthodontic Treatment Of Adolescent Dentition	1500
D8040	Limited Orthodontic Treatment Of The Adult Dentition	1500
COMPREHENSIVE ORTHODONTIC TREATMENT		
D8070	Comprehensive Orthodontic Treatment Of Transitional Dentition	1500

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
COMPREHENSIVE ORTHODONTIC TREATMENT		
D8080	Comprehensive Orthodontic Treatment Of Adolescent Dentition	1500
D8090	Comprehensive Orthodontic Treatment Of Adult Dentition	2000
MINOR TREATMENT TO CONTROL HARMFUL HABITS		
D8210	Removable Appliance Therapy For Control Of Harmful Habits	750
D8220	Fixed Appliance Therapy For Control Of Harmful Habits	750
OTHER ORTHODONTIC SERVICES		
D8660	Pre-Orthodontic Treatment Examination To Monitor Growth And Development	15
D8670	Periodic Orthodontic Treatment Visit	0
D8680	Orthodontic Retention (Removal Of Appliances, Construction And Placement Of Retainer(S)	240
†	Orthodontic Records Fee	265
UNCLASSIFIED TREATMENT		
D9110	Palliative Treatment Of Dental Pain - per visit	0
D9120	Fixed Partial Denture Sectioning	0
ANESTHESIA		
D9210	Local Anesthesia (Not In Conjunction With Operative Or Surgical Procedures)	0
D9211	Regional Block Anesthesia	0
D9212	Trigeminal Division Block Anesthesia	0
D9215	Local Anesthesia In Conjunction With Operative Or Surgical Procedures	0
D9219	Evaluation For Moderate Sedation, Deep Sedation Or General Anesthesia	0
D9222	Deep Sedation/General Anesthesia - First 15 Minutes	80
D9223	Deep Sedation/General Anesthesia - Each Subsequent 15 Minute Increment	80
D9239	Intravenous Moderate (Conscious) Sedation/Analgesia - First 15 Minutes	85
D9243	Intravenous Moderate (Conscious) Sedation/Analgesia - Each Subsequent 15 Minute Increment	85
PROFESSIONAL CONSULTATION		
D9310	Consultation - Diagnostic Service Provided By Dentist Or Physician Other Than Requesting Dentist Or Physician	0
D9311	Consultation With A Medical Health Care Professional	0
PROFESSIONAL VISITS		
D9430	Office Visit For Observation (During Regularly Scheduled Hours) - No Other Services Performed	0
D9440	Office Visit After Regularly Scheduled Hours	40

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
PROFESSIONAL VISITS		
D9450	Case Presentation, Subsequent to Detailed And Extensive Treatment Planning	0
MISCELLANEOUS SERVICES		
D9932	Cleaning And Inspection Of Removable Complete Denture, Maxillary	0
D9933	Cleaning And Inspection Of Removable Complete Denture, Mandibular	0
D9934	Cleaning And Inspection Of Removable Partial Denture, Maxillary	0
D9935	Cleaning And Inspection Of Removable Partial Denture, Mandibular	0
D9942	Repair And/Or Reline Of Occlusal Guard	15
D9943	Occlusal Guard Adjustment	24
D9944	Occlusal Guard - hard appliance, full arch	95
D9946	Occlusal Guard - hard appliance, partial arch	95
D9951	Occlusal Adjustment (Limited)	0
D9952	Occlusal Adjustment (Complete)	0
D9986	Missed Appointment	20
D9987	Cancelled appointment	20
D9990	Certified translation or sign-language services - per visit	0
D9991	Dental Case Management - Addressing Appointment Compliance Barriers	0
D9992	Dental Case Management - Care Coordination	0
D9993	Dental Case Management - Motivational Interviewing	0
D9994	Dental Case Management - Patient Education To Improve Oral Health Literacy	0
D9997	Dental care management - patients with special health care needs	0
BLEACHING		
D9975	External Bleaching For Home Application, Per Arch, Includes Materials And Fabrication Of Custom Trays	125

ADA Code	ADA Description	Member Pays \$
----------	-----------------	----------------

FOOTNOTES

- ◆ Charges for the use of precious (high noble) or semi precious (noble) metal are not included in the copayment for crowns, bridges, pontics, inlays and onlays. The decision to use these materials is a cooperative effort between the provider and the patient, based on the professional advice of the provider. Providers are expected to charge no more than an additional \$125 for these materials.

- ✚ Please Report Under Code D8999 "Unspecified Orthodontic Procedure, By Report." Records Include All Diagnostic Procedures, Such As Cephalometric Films, Full Mouth X-Rays, Models, And Treatment Plans.

SCHEDULE OF EXCLUSIONS & LIMITATIONS

Dental Managed Care

EXCLUSIONS:

Except as specifically provided in this Certificate, no coverage will be provided for services, supplies or charges:

1. Not specifically listed in the Schedule of Benefits as a Covered Service.
2. Provided to Members outside of the office in which the Member is enrolled, or by a non-Network dentist, and which are not approved by the Company (including specialty care services).
3. Which in the opinion of the treating dentist, or the Company, are not clinically necessary, or do not have a reasonable, favorable prognosis.
4. That are necessary due to lack of cooperation with the treating dentist, or failure to comply with a professionally prescribed Treatment Plan.
5. Started or incurred prior to the Member's eligibility under the Company or after the Termination Date of coverage with the Company.
6. For consultations by a Specialty Care Dentist for services not specifically listed on the Schedule of Benefits as a Covered Service, or not referred by the Member's enrolled office.
7. That do not meet accepted standards of dental treatment, which are Experimental or Investigational in nature or are considered enhancements or optional upgrades to standard dental treatment as determined by the Company.
8. For hospitalization and associated costs for rendering services in a hospital.
9. Determined by the Company to be the responsibility of Worker's Compensation or employer's liability or health care plan, or payable under any Federal Government or state program, or for treatment of any automobile related injury in which the Member is entitled to payment under an automobile insurance policy, or for services for which benefits are payable under any other insurance.
10. For prescription or non-prescription drugs, home care items, vitamins, or dietary supplements.
11. Which are principally Cosmetic in nature, including, but not limited to, bleaching, veneer facings, personalization or characterization of crowns, bridges and/or dentures as determined by the Company.
12. For diagnostic services and treatment of jaw joint problems by any method. These jaw joint problems include such conditions as temporomandibular joint (TMJ) syndrome and craniomandibular disorders or other conditions of the joint linking the mandible and the complex of muscles, nerves and other tissues related to that joint.
13. For services and/or appliances that alter the vertical dimension or alter, restore, or maintain the occlusion, including, but not limited to, full mouth rehabilitation, splinting, appliances, or any other method.
14. That restore tooth structure lost due to attrition, erosion, or abrasion in the absence of pain, sensitivity, decay, or fracture.
15. For replacement of lost, missing, stolen or damaged prosthetic device or orthodontic appliance or for duplicate dentures, prosthetic devices, or any duplicative device.
16. For extractions that are specifically for orthodontic purposes.
17. For the following, which are not included as orthodontic benefits - retreatment of orthodontic cases, changes in orthodontic treatment necessitated by patient non-cooperation, repair of orthodontic appliances, replacement of lost or stolen appliances, special appliances (including, but not limited to, headgears, orthopedic appliances, bite planes, functional appliances, clear aligners, or palatal expanders), myofunctional therapy, cases involving orthognathic surgery, and treatment in excess of twenty-four (24) months.
18. For orthodontic services that are not performed under the direct supervision of a dentist licensed in the Member's State of residence and self-administered (DIY) orthodontic services.

19. For surgical insertion and/or removal of implants, and any appliances and/or prosthetics attached to implants.
20. For elective procedures, including, but not limited to, prophylactic extractions of third molars.
21. Required because of, or in connection with, acts of war, declared or undeclared.

LIMITATIONS

The following services will be subject to Limitations as set forth below:

1. Referral to a Specialty Care Dentist is limited to orthodontics, oral surgery, periodontics, endodontics, and pediatric dentists.
2. Eligibility for referral to and coverage for services by a pediatric Specialty Care Dentist ends on a Member's 7th birthday. However, exceptions for physical or mental handicaps or medically compromised children, when confirmed by a physician, may be considered on an individual basis with prior approval from the Company.
3. Member must remain in the Plan during the period of time they are undergoing orthodontic treatment. Any early termination can result in additional charges for all unfinished work. This limitation only applies to subscriber termination, not group termination.
4. Sealants one (1) per tooth per three (3) year period through age ten (10) on permanent first molars and through age fifteen (15) on permanent second molars.
5. Application of Caries Arresting and Caries Preventing medicament - limited to one (1) per six consecutive months through age eighteen (18).
6. Fluoride treatment - one (1) per six (6) consecutive months through age eighteen (18)
7. Application of Hydroxyapatite Regeneration Medicament - per tooth-limited to two (2) per tooth per 12 months to age 6; one (1) per tooth per 12 months ages 7-12. Excluded for members aged 13 and over.
8. In the case a Dental Emergency involving pain or a condition requiring immediate treatment occurring more than fifty (50) miles from the Member's home, the Plan covers necessary diagnostic and therapeutic dental procedures administered by a dentist up to a maximum of \$100 for each emergency visit.
9. Periodontal maintenance following active periodontal therapy - two (2) per twelve (12) consecutive months in combination with routine prophylaxis.
10. Scaling in the presence of generalized inflammation – one per twelve (12) Months.
11. Periodontal scaling and root planing - one (1) per twenty-four (24) consecutive month period per area of the mouth.
12. Surgical periodontal procedures - one (1) per thirty-six (36) consecutive month period per area of the mouth.
13. Root canal retreatment - one (1) per tooth per lifetime.
14. Panoramic or full mouth x-rays - one (1) every three (3) years.
15. One (1) set of bitewing x-rays per six (6) consecutive months.
16. Prophylaxis - one (1) per six (6) consecutive months, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.
17. Crown lengthening - one (1) per tooth per lifetime.
18. Denture relining or rebasing - integral if provided within six (6) months of insertion by the same dentist. This limitation does not apply to immediate dentures.
19. Subsequent denture relining or rebasing - limited to one (1) every thirty-six (36) consecutive months thereafter.
20. Administration of I.V. sedation or general anesthesia is limited to the covered extractions of one or more impacted teeth (soft tissue, partial bony or complete bony impactions).
21. Teledentistry - only problem focused, initial limited oral evaluation and re-evaluation, are reportable and covered when performed via acceptable Teledentistry methods. Must be an accepted form of dental practice in the State of Member's residence.

Summary of Dental Benefits and Coverage Disclosure Matrix (SDBC)

Part I: GENERAL INFORMATION

Plan Name: United Concordia Dental Plans of California, Inc.
Policy Type: DHMO
Effective Date: Beginning on or after 10/01/1998

Name of Product: Concordia Plus CA 01
Plan Phone #: 866-357-3304
Plan Website: www.unitedconcordia.com

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND WHAT YOU WILL PAY FOR COVERED SERVICES. THIS IS A SUMMARY ONLY AND DOES NOT INCLUDE THE PREMIUM COSTS OF THIS DENTAL BENEFITS PACKAGE. PLEASE CONSULT YOUR EVIDENCE OF COVERAGE AND DENTAL CONTRACT FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS. FOR MORE INFORMATION ABOUT YOUR COVERAGE, VISIT THE INSURER WEBSITE www.unitedconcordia.com OR CALL 866-357-3304.

THIS MATRIX IS NOT A GUARANTEE OF EXPENSES OR PAYMENT.

Part II: DEDUCTIBLES

<u>Deductible</u>	<u>In-Network</u>	<u>Out-of-Network</u>
Dental	None	Not Applicable
Orthodontia	None	Not Applicable

- **There is no deductible**
- A **Deductible** is the amount you are required to pay for covered dental services each policy year before the insurer begins to pay for the cost of covered dental treatment.
- **In-network services** are dental care services provided by dentists or other licensed dental care providers that contract with your insurer for alternative rates of payment for dental services.
- **Out-of-network services** are dental care services provided by dentists or other licensed dental care providers that have not contracted with your insurer for alternative rates of payment.

Part III: MAXIMUMS POLICY WILL PAY

Maximums	In-Network	Out-of-Network
Annual Maximum	None	Not Applicable
Lifetime or Annual Maximum for Orthodontia	None	Not Applicable

- **Annual maximum** is the maximum dollar amount your policy will pay toward the cost of dental care within a specific period of time, usually a consecutive 12-month or calendar year period. Not all services accrue to the annual maximum.
- **Lifetime maximum** means the maximum dollar amount your policy providing dental benefits will pay for the life of the enrollee. Lifetime maximums usually apply to specific services, such as orthodontic treatment.

Part IV: WAITING PERIODS

Waiting Periods A waiting period is the amount of time that must pass before you are eligible to receive benefits or services for all or certain dental treatments. **There is no waiting period.**

Part V: WHAT YOU WILL PAY

All copayments and coinsurance costs shown in this chart apply after your deductible has been met, if a deductible applies. The Common Dental Procedures fit into one of the following applicable categories: Preventive & Diagnostic, Basic or Major. The Benefit Limitations and Exclusions column includes common limitations and exclusions only. For a full list, see the full disclosure document referenced in the Benefit Limitations and Exclusions column.

Common Dental Procedures	Category	In-Network	Out-of-Network	Benefit Limitations and Exclusions (For a comprehensive list, see the Schedule of Exclusions & Limitations attached to Evidence of Coverage)
<i>Oral Exam</i>	Preventive Diagnostic	\$0	Not covered	Not subject to any frequency limitation
<i>Bitewing X-ray</i>	Preventive Diagnostic	\$0	Not covered	One (1) set of bitewing x-rays per six (6) consecutive months.
<i>Cleaning</i>	Preventive Diagnostic	\$0	Not covered	One (1) per six (6) consecutive months, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits
<i>Filling</i>	Basic	\$0	Not covered	Not subject to any frequency limitation
<i>Extraction, Erupted Tooth or Exposed Root</i>	Basic	\$0	Not covered	Limited to Dentally Necessary Procedures
<i>Root Canal</i>	Basic	\$0	Not covered	One (1) per tooth per lifetime
<i>Scaling and Root Planing</i>	Basic	\$0	Not covered	One (1) per twenty-four (24) consecutive month period per area of the mouth
<i>Ceramic Crown</i>	Major	\$0	Not covered	Not subject to any frequency limitation
<i>Removable Partial Denture</i>	Major	\$0	Not covered	Not subject to any frequency limitation
<i>Extraction, Erupted Tooth with Bone Removal</i>	Major	\$0	Not covered	Limited to Medically Necessary Procedures
<i>Orthodontia</i>	Orthodontia	\$2,000	Not covered	Lifetime maximum per member and subject to an age limitation

Part VI: COVERAGE EXAMPLES

THESE EXAMPLES DO NOT REPRESENT A COST ESTIMATOR OR GUARANTEE OF PAYMENT. The examples provided represent commonly used services in the categories of Diagnostic and Preventive, Basic and Major Services for illustrative purposes and to compare this product to other dental products you may be considering. Your actual costs will likely be different from those shown in the chart below depending on the actual care you receive, the prices your providers charge and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and the summary of excluded services under the plan.

Dana Has a Dental Appointment with a New Dentist	Sam Needs a Tooth Filled	Maria Needs a Crown
New patient exam, x-rays (full-mouth x-rays) and cleaning	Resin-based composite – one surface, posterior	Crown – porcelain/ceramic substrate

Dana's Visit	Dana's Cost	Sam's Visit	Sam's Cost	Maria's Visit	Maria's Cost
Total Cost of Care	In-network \$400 Out-of-Network \$550	Total Cost of Care	In-network \$150 Out-of-Network \$200	Total Cost of Care	In-network \$1,300 Out-of-Network \$1,750
Deductible	In-network \$0 Out-of-Network Not Applicable	Deductible	In-network \$0 Out-of-Network Not Applicable	Deductible	In-network \$0 Out-of-Network Not Applicable
Annual Maximum (Plan Will Pay)	In-network None Out-of-Network Not Applicable	Annual Maximum (Plan Will Pay)	In-network None Out-of-Network Not Applicable	Annual Maximum (Plan Will Pay)	In-network None Out-of-Network Not Applicable
Patient Cost (copayment or coinsurance)	In-network \$0 Out-of-Network Not Covered	Patient Cost (copayment or coinsurance)	In-network \$85 Out-of-Network Not Covered	Patient Cost (copayment or coinsurance)	In-network \$0 Out-of-Network Not Covered
In this example,	In-network: \$0	In this example,	In-network: \$85	In this example,	In-network: \$0

Dana's Visit	Dana's Cost	Sam's Visit	Sam's Cost	Maria's Visit	Maria's Cost
Dana would pay (includes copays/coinsurance and deductible, if applicable):	Out-of-Network: \$500	Sam would pay (includes copays/coinsurance and deductible, if applicable):	Out-of-Network: \$200	Maria would pay (includes copays/coinsurance and deductible, if applicable):	Out-of-Network: \$1,750
Summary of what is not covered or subject to a limitation	<p>Oral Exams - not subject to any frequency limitation</p> <p>Bitewing x-rays - One (1) set of bitewing x-rays per six (6) consecutive months.</p> <p>Cleaning – one (1) per six (6) consecutive months, unless otherwise specified on the Scheudle of Benefits.</p> <p>See Schedule of Exclusions Limitations attached to Evidence of</p>	Summary of what is not covered or subject to a limitation	<p>Not subject to any frequency limitation</p> <p>See Schedule of Exclusions Limitations attached to Evidence of Coverage for comprehensive list of exclusions and limitations.</p>	Summary of what is not covered or subject to a limitation	<p>Not subject to any frequency limitation</p> <p>See Schedule of Exclusions Limitations attached to Evidence of Coverage for comprehensive list of exclusions and limitations.</p>

Dana's Visit	Dana's Cost	Sam's Visit	Sam's Cost	Maria's Visit	Maria's Cost
	Coverage for comprehensive list of exclusions and limitations.				

United Concordia Dental Plans of California, Inc.

**21700 Oxnard Street, Suite 500
Woodland Hills, CA 91367
866-357-3304
www.unitedconcordia.com**

EVIDENCIA COMBINADA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

Esta Evidencia Combinada de Cobertura y Formulario de Divulgación ("Prueba de Cobertura") constituye solo un resumen de este Plan dental. Consulte el Contrato Colectivo para conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura. Se facilitará un modelo de contrato del Plan a quien lo solicite.

En la Evidencia de Cobertura se indican los términos y condiciones de la cobertura. El solicitante tiene derecho a analizar la Evidencia de Cobertura antes de inscribirse.

Las personas con necesidades especiales de atención médica deben leer las secciones que les son aplicables.

Los Beneficios de su Plan pueden diferir de la cobertura descrita en este folleto. Para obtener más información sobre los beneficios de Su Plan, consulte la Matriz de Cobertura y Beneficios del Plan de Salud inserta en la página siguiente, así como el Programa de Beneficios, el Programa de Exclusiones y Limitaciones y cualquier cláusula adicional, endoso o anexo adjunto a esta Evidencia de Cobertura.

Por favor, lea la siguiente información para comprender cómo funciona este programa y cómo recibir los beneficios.

EVIDENCIA DE COBERTURA

INTRODUCCIÓN

Esta Evidencia de Cobertura le brinda información acerca de Su cobertura dental. Léalo atentamente y guárdelo en un lugar seguro con Sus otros documentos importantes. Revíselo para familiarizarse con Sus beneficios y cuando tenga una pregunta específica relacionada con Su cobertura.

Para brindarle estos beneficios, su Grupo ingresó un Contrato colectivo con United Concordia. Los beneficios están disponibles para Usted mientras la Prima está pagada y se cumplan las obligaciones bajo el Contrato Colectivo. En el caso que exista un conflicto entre esta Evidencia de Cobertura y el Contrato Colectivo, regístrate el Contrato Colectivo. Esta Evidencia de Cobertura no es un resumen de la descripción del plan bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, Employee Retirement Income Security Act).

Si tiene preguntas sobre su cobertura o beneficios, o sobre información general, disponibilidad de Dentistas de Concordia Plus o información sobre los Beneficios, llame gratis a nuestro Departamento de Atención al Cliente

866-357-3304

También puede ingresar a nuestro sitio web en

www.unitedconcordia.com

Para **inquietudes generales y correspondencia**, favor escribir a

United Concordia Dental Plans of California, Inc.
PO Box 69414
Harrisburg, PA 17106-9421

Para **Envío de reclamaciones en papel**, escriba a

United Concordia Dental Plans of California, Inc.
PO Box 69435
Harrisburg, PA 17106 – 9435

Para **Apelaciones, quejas, disputas e inquietudes**, escriba a

United Concordia Dental Plans of California, Inc.
PO Box 69420
Harrisburg, PA 17106 – 9420

TABLA DE CONTENIDOS

DEFINICIONES	4
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	7
NUEVA INSCRIPCIÓN	7
CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN	7
TARIFAS PREPAGADAS	8
CÓMO FUNCIONA EL PLAN DENTAL	8
INSTALACIONES	8
ELECCIÓN DE PROVEEDOR	9
REEMBOLSO A PROVEEDOR	9
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	9
REMISIONES	10
EMERGENCIAS DENTALES	10
DISPOSICIONES DE REEMBOLSO A MIEMBROS	11
RESPONSABILIDAD DE LOS MIEMBROS EN CASO DE FALTA DE PAGO	11
ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN	11
BENEFICIOS	12
OTROS COBROS	12
PAGO DE BENEFICIOS	13
REVISIÓN DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS	16
SEGUNDA OPINIÓN	16
DISPOSICIONES DE RENOVACIÓN	18
DERECHO DE CANCELACIÓN Y RESTRICCIONES A LA RENOVACIÓN	18
TERMINACIÓN DE BENEFICIOS	18
DISPOSICIONES GENERALES	19
DERECHOS DE LA COMPAÑÍA DE CAMBIAR EL PLAN	20
SUGERENCIAS Y COMENTARIOS	20

ADJUNTO

PROGRAMA DE BENEFICIOS

PROGRAMA DE EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

MATRIZ DE DIVULGACIÓN DE RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA DENTALES

DEFINICIONES

Ciertos términos utilizados en esta Evidencia de Cobertura inician con mayúscula. Cuando estos términos aparecen en mayúscula, use las siguientes definiciones para entender sus significados según aplique a Sus beneficios y la forma en la que funciona el Plan dental.

Máximos anuales La mayor cantidad que la Compañía está obligada a pagar por todos los Servicios Cubiertos recibidos durante un año calendario o Año del Contrato, como se describe en el Programa de Beneficios.

Evidencia de Cobertura Combinada y Formulario de Divulgación (“Evidencia de Cobertura”) este documento, incluyendo sus cláusulas adicionales, programas, adenda y, o endosos, si los hubiera, que describen la cobertura que el Titular del Contrato compra a la Compañía.

Compañía: United Concordia Dental Plans of California, Inc.

Titular del Contrato: La organización que ejecuta el Contrato Colectivo. También se conoce como "Su Grupo".

Año del Contrato: el período de (12) meses inicia en la Fecha de Entrada en Vigor del Contrato Colectivo o la Fecha de aniversario de la entrada en vigor del Contrato Colectivo, y vence el día anterior a la Fecha de Renovación.

Coordinación de beneficios (“COB”): un método para determinar los beneficios de los Servicios Cubiertos, cuando el Miembro tiene cobertura de más de un plan. Este método evita la duplicidad del pago para que no se pague más que el gasto en el que se incurrió.

Copagos: Los cargos establecidos en el Programa de Beneficios que el Miembro es responsable de pagar al Dentista tratante.

Cosmético: Servicios o procedimientos que intentan principalmente para mejorar o de otro modo modificar la apariencia del Miembro.

Servicios Cubiertos: Los Servicios o procedimientos que se describen en el Programa de Beneficios, los cuales estarán cubiertos, sujetos al Programa de Exclusiones y Limitaciones, cuando sean proporcionados por Dentistas de la red, según los Términos de esta Evidencia de cobertura.

Emergencia Dental: Una afección aguda que se presenta repentina e inesperadamente, que normalmente implica dolor, hinchazón o sangrado, y demanda servicios dentales profesionales inmediatos evitar que (a) poner en grave peligro la salud del miembro, (b) deterioro grave de las funciones corporales, o (c) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Dentista: una persona con licencia para ejercer odontología en el estado en donde se proporcionan los servicios dentales. El Dentista incluirá cualquier otro profesional dental debidamente autorizado que ejerza bajo el alcance de la licencia del individuo cuando la ley estatal requiera un reembolso independiente de dichos profesionales.

Dependientes: Son las personas elegibles para inscribirse para recibir cobertura bajo el Contrato Colectivo por su relación con el Suscriptor.

Este Contrato Colectivo es un Contrato Familiar. Los Dependientes elegibles para recibir cobertura en este Contrato Colectivo incluyen

1. El Cónyuge o pareja de unión libre del Suscriptor, tal como se define en el artículo 297 del Código de Familia de California; y
2. Un familiar del Suscriptor u otra persona física que resida con el Suscriptor y por la que el Suscriptor pueda reclamar una deducción fiscal por dependiente, según las normas del Servicio de Impuestos Internos; y
3. Cualquier hijo natural, hijastro, hijo adoptivo o hijo colocado con el Suscriptor o con el Cónyuge o pareja de unión libre del Suscriptor por orden de un tribunal o de un organismo administrativo (a) hasta las el final del mes en que el hijo cumpla la edad de veintiséis (26) años; o

- (b) a cualquier edad si el hijo es y sigue siendo incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una lesión, enfermedad o afección que le incapacite física o mentalmente y depende principalmente del Suscriptor para su manutención y sustento.

Fecha de entrada en vigor: la fecha de inicio del Contrato Colectivo o la cobertura de los Miembros inscritos.

Exclusiones: servicios, suministros o cobros que no estén cubiertos bajo el Contrato colectivo como se indica en el Programa de exclusiones y limitaciones.

Experimental o de Investigación: el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro de medicamento uso experimental o de investigación que la Compañía determine que no es el estándar de atención actualmente aceptable.

Contrato Familiar: un Contrato Colectivo que cubre al Suscriptor y también puede cubrir a los Dependientes elegibles, como se define en esta Evidencia de Cobertura.

Período de Gracia: período de no menor de treinta y un (31) días, que comienza el primer día después del último día de cobertura pagada, en el que el Titular del Contrato puede efectuar el pago de la Prima vencida y durante el cual la protección del Contrato Colectivo continúa.

Contrato Colectivo: el acuerdo entre la Compañía y el Titular del Contrato, bajo el cual el Suscriptor es elegible para inscribirse a sí mismo y a sus Dependientes.

Dentista de la Red: Un consultorio dental principal o un Dentista de Atención especializada que firmó un contrato con Nosotros para Brindar servicios cubiertos a los inscritos en el plan. También referido como "Proveedor Participante", o "Proveedor de la Red".

Máximo Vitalicio: la mayor cantidad que la Compañía está obligada a pagar por todos los Servicios Cubiertos prestados durante todo el tiempo que el Miembro está inscrito bajo el Contrato Colectivo, como se describe en el Programa de Beneficios.

Limitaciones: la frecuencia máxima o el límite de edad que restringe un Servicio Cubierto establecido en el Programa de Exclusiones y Limitaciones.

Gasto Máximo Permitido: el monto máximo que el Plan permitirá por un Servicio Cubierto específico. Los Cargos Máximos Permitidos pueden variar en función del contrato entre la Compañía y el Dentista particular que preste el servicio. Los Cargos Máximos Permitidos por Servicios Cubiertos prestados por Dentistas Fuera de la Red pueden ser iguales o superiores a dichos cargos por Servicios Cubiertos prestados por Dentistas Dentro de la Red para ayudar a limitar los gastos de bolsillo de los Miembros que elijan Dentistas Fuera de la Red.

Medicamento necesario: un servicio o procedimiento dental que un Dentista determina, ya sea para establecer o mantener la salud dental de un paciente, en base al criterio de diagnóstico profesional del Dentista y los estándares vigentes de atención en la comunidad profesional.

Miembros: Suscriptores y sus Dependientes inscritos. También conocido como "Usted" o "Su" o "Usted mismo".

Red: Un grupo de todos los dentistas contratados con el Plan para brindar servicios de atención de salud dental con cobertura a Nuestros Miembros.

Dentista Fuera de la Red: un Dentista general o especialista que no ha firmado un contrato con nosotros. También conocido como "Proveedor no participante".

Gastos de Bolsillo: costos que Nosotros no pagamos, incluyendo, pero sin limitarse a Copagos, cantidades facturadas por Dentistas de la Red, salvo lo que se establece en las cláusulas adicionales de Emergencia Dental y Atención Fuera de la Red de esta Evidencia de Cobertura, los costos de los servicios que sobrepasen los Límites del Contrato Colectivo, Máximos Anuales o Máximos Vitalicios, o

por servicios que sean considerados Exclusiones. El Suscriptor es responsable de pagar los Gastos de Bolsillo.

Máximo de Gastos de Bolsillo: el límite de los Copagos y Deducibles de un Dentista Primario y de Dentistas Especialistas que el Suscriptor debe pagar en un Año de Contrato, como se indica en el Programa de Beneficios. Después de alcanzar este límite, los Servicios Cubiertos por Proveedores Dentales Primarios y Dentistas Especialistas, El Plan pagará el 100% por lo que queda del Año del Contrato, sujeto al Programa de Exclusiones y Limitaciones.

Paliativo: Un procedimiento dental, tratamiento o servicio menor realizado para tratar una Emergencia Dental.

Plan: los beneficios dentales de acuerdo con esta Evidencia de Cobertura, así como con el Programa de Exclusiones y Limitaciones, y el Programa de Beneficios adjuntos.

Prima: el pago realizado por el Titular del contrato a cambio de la cobertura de los Miembros del Titular del contrato bajo este Contrato colectivo.

Atención Primaria: Servicios Cubiertos proporcionados para mantener una condición de salud bucal y para evitar afecciones de salud bucal como caries dentales y/o enfermedad periodontal, que puede incluir pruebas de detección dental, educación dental y cuidado en el hogar.

Consultorio/Proveedor dental primario: consultorio autorizado de un Dentista Primario que ha firmado un contrato con Nosotros para brindar Servicios Cubiertos a los Miembros.

Dentista primario: un Dentista general cuya oficina ha firmado un contrato con Nosotros, bajo el cual este acuerda brindar Servicios Cubiertos a los Miembros a cambio de una tarifa mensual más cualquier complemento y Copago aplicables, como pago total por los servicios prestados.

Fecha de Renovación: la fecha en la cual se renueva el Contrato Colectivo. También se conoce como la "Fecha de aniversario".

Programa de beneficios: resumen adjunto de los Servicios cubiertos, Coseguros, Deducibles, Períodos de espera y máximos aplicables a los beneficios pagaderos bajo el Plan.

Programa de Exclusiones y Limitaciones: lista adjunta de Exclusiones y Limitaciones que aplican a los beneficios, servicios, suministros o cargos bajo el Plan.

Período Especial de Inscripción: el plazo fuera del período de inscripción abierta de Su Grupo durante el cual las personas elegibles como Suscriptores o Dependientes que experimentan ciertos sucesos calificadoros, pueden inscribirse en este Contrato Colectivo.

Dentista Especialista: un Dentista especializado que está calificado para ejercer una de las áreas de especialidad de la periodoncia, cirugía bucal, ortodoncia, endodoncia y pediatria, que ha firmado un Contrato con Nosotros, aceptando las tarifas negociadas más cualquier Copago que aplique, como pago de la totalidad de los Servicios Cubiertos provistos al Miembro.

Cónyuge: la pareja del Suscriptor, por matrimonio o por cualquier unión entre dos adultos reconocida por la ley de California.

Suscriptor: una persona que, debido a su estado con el Titular del Contrato, se ha inscrito a sí mismo o a sus Dependientes elegibles para la cobertura dental y por quien se pagan las Primas. También conocido como "Usted" o "Su" o "Sus".

Daño significativo o sustancial: se refiere a la pérdida de la vida, o discapacidad significativa de una extremidad o función corporal, desfiguración importante, dolor físico grave y crónico o pérdida financiera sustancial.

Proveedor terminado: un Dentista que prestaba formalmente sus servicios dentro del marco del contrato, y que ya no está asociado al Plan y se ha convertido en un Dentista fuera de la red.

Fecha de terminación: la fecha en la que termina la cobertura dental para un Miembro o en la cual termina el Contrato colectivo.

Períodos de Espera: plazo en el que un Miembro debe estar inscrito bajo el Contrato Colectivo, antes de que se paguen los beneficios para ciertos Servicios Cubiertos bajo el Contrato Colectivo, como se describe en el Programa de Beneficios adjunto.

Nosotros, Nos o Nuestro: la Compañía, su afiliada o una organización con la cual celebra un contrato para una red de proveedores o realiza determinadas funciones para administrar este Contrato Colectivo.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN: AL INICIAR LA COBERTURA

Nueva inscripción

Para poder ser Miembro, Usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad de Su Grupo y este Contrato colectivo. Debemos recibir la información sobre la inscripción del Suscriptor, los Dependientes inscritos y el Titular del contrato. Considerando que Nosotros recibimos la Prima aplicable, la cobertura iniciará en la fecha especificada en la información de inscripción que Nosotros recibimos. Su Grupo informará a los Suscriptores acerca de sus requisitos de elegibilidad.

Si usted ya cumple con todos los requisitos de elegibilidad en la Fecha de entrada en vigor del Contrato colectivo y Nos proporcionan su información de inscripción y la Prima correspondiente, su cobertura comenzará en la Fecha de entrada en vigor del Contrato colectivo.

Si usted no es elegible para ser un Miembro en la Fecha de entrada en vigor del Contrato Colectivo, tiene que proporcionar la información de inscripción requerida sobre usted mismo y cualquier Dependiente elegible, según se especifica en la sección Definiciones, en un plazo de treinta y un (31) días a partir de la fecha en la que usted cumpla con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes.

La cobertura para los Miembros que se inscriban después de la Fecha de Entrada en Vigor del Contrato Colectivo comenzará en el primer día del mes siguiente a la fecha que se especifica en la información de inscripción que Nos haya proporcionado, siempre y cuando se pague la Prima.

La Compañía no será responsable de pagar los beneficios por cualquier servicio que haya iniciado antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura de un Miembro. Los procedimientos que requiera de consultas múltiples se consideran "iniciados" cuando el procedimiento no se pueda deshacer o revertir. Por ejemplo, para coronas, puentes y dentaduras postizas, el procedimiento comienza cuando se preparan los dientes y se toman impresiones. Para el tratamiento de canales, el procedimiento inicia cuando se abre el diente y se extrae la pulpa. Los procedimientos que comiencen antes de la Fecha de entrada en vigor del Miembro son responsabilidad del Miembro o de una compañía aseguradora anterior.

Períodos especiales de inscripción: cambios en la inscripción

Después de Su Fecha de Entrada en Vigor, Usted puede cambiar Su inscripción durante el período de inscripción abierta de Su Grupo. También hay Períodos Especiales de Inscripción en los que el Suscriptor puede agregar o eliminar Dependientes. Estos sucesos de cambio de vida incluyen

- nacimiento de un hijo;
- adopción de un hijo;
- orden del tribunal para la colocación o custodia de un hijo;
- pérdida de otra cobertura;
- matrimonio u otra unión legal entre dos adultos;
- pareja de hecho como se define en la Sección 297 del Código Familiar de California.

Si Usted se inscribió a través de Su Grupo, para inscribir a un nuevo Dependiente, como resultado de uno de estos sucesos, Usted debe proporcionar la información requerida sobre el cambio de inscripción dentro de treinta y un (31) días a partir de la fecha del suceso de cambio de vida. El Dependiente debe cumplir con la definición de Dependiente que aplica a este Contrato Colectivo.

El Suscriptor también puede agregar o eliminar Dependientes o cambiar los Planes por las razones definidas por y durante los marcos de tiempo especificados por la legislación o regulación aplicable.

Salvo por los hijos recién nacidos o adoptivos, la cobertura del nuevo Dependiente comenzará la fecha que se especifica en la información de inscripción que Nos proporcionamos, siempre y cuando se pague la Prima.

Los hijos recién nacidos de un Miembro se consideran inscritos a partir del momento del nacimiento. Los hijos adoptivos se consideran inscritos desde la fecha de adopción o colocación, salvo aquellos adoptados o colocados dentro de los treinta y un (31) días siguientes al nacimiento, quienes se consideran Dependientes inscritos desde el momento del nacimiento. Para que continúe la cobertura de un hijo recién nacido o adoptivo más allá del primer período de treinta y un (31) días, Nos deben proporcionar la información de inscripción del niño y se debe pagar la Prima requerida dentro del período de treinta y un (31) días.

Para un hijo Dependiente inscrito que tenga una lesión, enfermedad o condición de discapacidad física o mental, se nos debe proporcionar la evidencia que demuestre que depende de usted para su mantenimiento y subsidio debido a su condición, se nos debe proporcionar en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de recepción de la notificación de la Compañía indicando que la cobertura del hijo dependiente terminará por llegar a la edad límite, a menos que el Miembro envíe prueba de una lesión, enfermedad o condición de discapacidad física o mental. La Compañía enviará una notificación al Miembro al menos noventa (90) días antes de la fecha en la que el hijo dependiente alcance la edad límite. Dicha evidencia se solicitará con base en la información proporcionada por el médico del Miembro, pero no con mayor frecuencia que cada año o después de un período de espera de dos años, una vez se proporcione la evidencia inicial.

La cobertura para dependientes solo puede terminar cuando ocurran ciertos eventos de cambio de vida, incluyendo la muerte, el divorcio o la disolución de la unión de hecho o unión civil, haya cumplido la edad límite o bien cuando lo permita la ley o regulación aplicable destinada.

Inscripción Tardía

Si usted o sus Dependientes no se inscriben dentro de los treinta y un (31) días de elegibilidad inicial o durante el Período especial de inscripción que se especifica para un suceso que cambia la vida, usted o sus Dependientes no pueden inscribirse hasta el siguiente Período especial de inscripción o un período de inscripción abierta que se realice para su Grupo, a menos que lo permita la ley o regulación aplicable destinada a implementar la Ley Federal del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Si a Usted se le exige mediante una orden del tribunal que proporcione cobertura para un hijo Dependiente, se le permitirá inscribir al hijo Dependiente sin tomar en consideración las restricciones de la temporada de inscripción.

Tarifas Prepagadas

Las Tarifas Prepagadas son el pago periódico de la Prima que su Grupo debe efectuar por la cobertura bajo este Plan. Su Grupo es responsable de enviar el monto correcto de la prima. Puede consultar a Su Grupo para más detalles. La Tarifa Prepagada no es lo mismo que un Copago. Usted es quien paga los Copagos.

Los Suscriptores deben ponerse en contacto con el Titular del Contrato para obtener información sobre las sumas que deben retenerse del salario de los suscriptores o las cantidades que el Suscriptor paga a Su Grupo por este Plan.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN DENTAL

Centros

El Consultorio Dental Primario es el centro principal bajo este Plan. Para definir Su Consultorio Dental Primario, consulte la sección Elección de Proveedores de esta Evidencia de Cobertura.

Elección de Proveedores

Debe elegir un Consultorio Dental Primario para Usted y para Sus Dependientes. Cada Miembro puede elegir un Consultorio Dental Primario diferente. Si Usted o Sus Dependientes no eligen un Consultorio Dental Primario, se le asignará uno en una ubicación conveniente tomando en cuenta Su código postal. El Consultorio Dental Primario recibirá una notificación de Su elección o asignación.

Para encontrar un Consultorio Dental Primario, visite nuestro sitio web o llámenos al número gratuito que aparece en la sección Introducción de esta Evidencia de Cobertura o en Su Tarjeta de identificación, o consulte la lista de Dentistas Primarios en sus materiales de inscripción.

Al estar inscrito, Usted recibirá una Tarjeta de identificación u otra notificación que indique su número de identificación de contrato, número de plan, número de grupo y los nombres de los Consultorios Dentales Primarios que Usted y Sus dependientes eligieron o que les asignamos. Presente su Tarjeta de identificación en Su consultorio dental o proporcione Su número de identificación, número de Plan y Número de Grupo. Si Su Dentista tiene preguntas relacionadas con Su elegibilidad o Sus beneficios, pdale que Nos llame o visite Nuestro sitio web.

ADVERTENCIA: Usted debe acudir a su Consultorio Dental Primario u obtener una remisión de su Consultorio Dental Primario a un Dentista de la Red para tener cobertura bajo este Plan. Los servicios prestados por un Dentista fuera de la red solo tendrán cobertura en el caso de una Emergencia Dental o cuando el Proveedor de la Red no esté disponible. Si no le es posible obtener Servicios Cubiertos de un Proveedor de la Red, Nosotros coordinaremos una visita a un Dentista fuera de la Red . (Consulte sección titulada “Emergencias Dentales” para más detalles sobre esta situación.)

Cambio de Consultorio Dental Primario

Usted o Sus Dependientes pueden solicitar cambiar su Consultorio Dental Primario en cualquier momento. Simplemente llame de forma gratuita a nuestro centro de Servicio al Cliente al número en la sección de Introducción de esta Evidencia de Cobertura o visite Nuestro sitio web. Se le informará la fecha de entrada en vigor de Su traslado, y el nuevo consultorio seleccionado también recibirá una notificación. Usted debe solicitar el traslado antes de solicitar los servicios en un Consultorio dental primario. Debe completar cualquier procedimiento dental en curso antes del traslado.

Si Usted o Sus Dependientes están inscritos en un Consultorio Dental Primario que deja de participar en el Plan, Nosotros le notificaremos y le ayudaremos a Usted y a Sus Dependientes a elegir otro Consultorio Dental Primario.

Reembolso a Proveedor

Reembolsamos a su Consultorio Dental Primario con base en el prepago para los Miembros inscritos en sus consultorios. Los Consultorios Dentales Primarios también pueden recibir pagos adicionales por los Servicios Cubiertos toda vez se proporcionen bajo el Plan.

Reembolsamos a los Dentistas Especialistas un Cargo Máximo Permitido por los Servicios Cubiertos elegibles para las remisiones. No se ofrecen más incentivos ni bonificaciones económicas a los Dentistas de la Red. Si desea obtener más información sobre el reembolso a los proveedores, puede ponerse en contacto con el número de teléfono gratuito del Servicio al Cliente que se encuentran en la sección Introducción de esta Evidencia de Cobertura.

Continuidad de la Atención

Los Miembros actuales pueden tener derecho al beneficio de completar la atención con el Proveedor Terminado para determinadas afecciones dentales. Llame al número de teléfono gratuito del Plan que figura en la sección Introducción de esta Evidencia de Cobertura para comprobar si usted es elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de la Atención del Plan. Debe presentar una solicitud específica para continuar bajo la atención de su Proveedor Terminado. No

estamos obligados a continuar su atención con ese Dentista si Usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su Proveedor Terminado sobre los términos relativos a Su atención de acuerdo con la ley de California.

Los nuevos Miembros pueden tener derecho al beneficio calificado de finalización de la atención con Dentista fuera de la Red ("Proveedor") para determinadas afecciones dentales. Llame al número de teléfono gratuito del Plan que figura en la sección Introducción de esta Evidencia de Cobertura para comprobar si usted es elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de la Atención del Plan. Debe presentar una solicitud específica para continuar recibiendo atención con su proveedor actual. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si Usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos relativos a Su atención de acuerdo con la ley de California. Esta póliza no se aplica a los nuevos Miembros de un contrato de suscriptor individual.

Si está recibiendo tratamiento cuando un Dentista de la Red se convierte en un Proveedor Terminado, Usted quedará exento de responsabilidad por los Servicios Cubiertos, excepto por los Copagos, hasta que finalice dicho tratamiento por parte del Proveedor Terminado, a menos que tomemos las medidas razonables y adecuadas médicamente para que un Dentista de la Red se haga cargo de su tratamiento.

Le enviaremos una notificación por escrito dentro de un período de treinta y un (31) días después de la terminación o incumplimiento del contrato por parte de un Dentista de la Red o de la incapacidad de un Dentista de la Red para desempeñarse de manera tal que podrá tener un impacto significativo y adverso y, por lo tanto, un perjuicio para los Miembros que reciben Servicios Cubiertos bajo el Plan.

Coordinación de atención y Remisiones

El Consultorio Dental Primario que se le asigne a Usted o a Sus Dependientes debe proporcionar o coordinar todos los Servicios Cubiertos. Cuando se necesita atención especializada como tratamiento quirúrgico de las encías o tratamiento de canales, el Dentista Primario puede realizar el procedimiento o proporcionarle una remisión escrita a un Dentista Especialista. Con la excepción de las Emergencias Dentales o si un Dentista Primario o un Dentista Especialista no está disponible en su área, todos los beneficios deben ser proporcionados por un Dentista de la Red. Consulte la siguiente sección titulado Emergencias Dentales y Atención fuera de la Red para obtener información detallada sobre estas situaciones.

Cuando se necesita atención de un especialista como tratamiento quirúrgico de las encías o tratamiento de canales, el Dentista Primario debe realizar el procedimiento o puede remitirlo a Usted a un especialista. Todas las remisiones deben realizarse con Dentistas Especialistas participantes. Su Dentista Primario le proporcionará una remisión escrita para que la lleve con el Dentista Especialista. El Dentista Especialista realizará el tratamiento y enviará una reclamación y la remisión para que Nosotros la procesemos. Las remisiones se limitan a servicios de endodoncia, ortodoncia, periodoncia, cirugía bucal y Dentistas Especialistas. Las remisiones a, y servicios provistos por un prostodoncista no tienen cobertura bajo este plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Su Cobertura, elegibilidad o una reclamación específica, comuníquese con nosotros a la dirección y el número de teléfono que se encuentran en la sección de Introducción de esta Evidencia de Cobertura o inicie sesión en "My Dental Benefits" (Mis beneficios dentales) en www.unitedconcordia.com.

Solo hay dos (2) situaciones en las que Usted puede recibir un beneficio por Servicios Cubiertos prestados por un Dentista Fuera de la Red: Emergencias Dentales y cuando no haya disponible un Dentista de la Red en su zona.

Emergencias Dentales

Si tiene una Emergencia Dental, primero debe ponerse en contacto con Su Consultorio Dental Primario. Si no puede ponerse en contacto con Su Consultorio Dental Primario, deberá comunicarse al número de Atención al Cliente que aparece en la página de introducción de esta Evidencia de Cobertura para concertar el tratamiento de su Emergencia Dental o acudir a un Dentista general ubicado convenientemente. Una visita por Emergencia Dental no requiere autorización previa. Pida al consultorio

dental que llame a Servicio al Cliente para verificar la cobertura. Obtenga una factura detallada del consultorio dental y envíela a la dirección que aparece en la sección Disposiciones de Reembolso. El Plan cubrirá tratamientos y servicios paliativos y determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo con el Programa de beneficios. Sus gastos de bolsillo estarán limitados a cualquier Copago aplicable en el Programa de Beneficios. Deberá volver a Su Consultorio Dental Primario para cualquier tratamiento de seguimiento o atención definitiva que necesite.

Atención Fuera de la Red y Disposiciones de Reembolso

En el caso de que no esté disponible en su zona un Consultorio Dental Primario o Dentista de Atención Especializada, y Nosotros no podamos coordinar atención con ninguno de nuestros Dentistas de la Red, el Plan brindará cobertura para el tratamiento proporcionado por un Dentista fuera de la Red. Por favor, comuníquese al número de Atención al Cliente al (866) 357-3304 antes de buscar tratamiento con un dentista fuera de la red. Si recibe tratamiento de un dentista fuera de la red sin seguir el procedimiento descrito anteriormente, es posible que los servicios no tengan cobertura. Usted tendrá que pagar su Copago al momento de recibir los servicios, como se indica en su Programa de beneficios. Si el dentista fuera de la Red necesita que usted pague la totalidad de los servicios, el Plan le reembolsará la diferencia entre el cobro y el Copago descrito en su Programa de beneficios.

La mayoría de los Dentistas tratantes le facilitarán y completarán el formulario de reclamación. No obstante, si necesita obtener un formulario de reclamación, puede hacerlo en Nuestro sitio web. Deberá enviar el formulario de reclamación a United Concordia Dental Plans of California, Inc. a la dirección en la página de introducción de esta Evidencia de cobertura dentro de un período de sesenta (60) días posterior al tratamiento.

Cómo recibir Atención Dental en caso de una Emergencia Estatal.

Durante una Emergencia Estatal, los Miembros pueden ser desplazados y/o no tener acceso a su Dentista de Atención Primaria o un Especialista de la Red. Si usted fue desplazado, o si su Dentista de Atención Primaria no está disponible para atenderlo debido a un Estado de Emergencia, Usted debe informar al Plan llamando al número de Atención al Cliente provisto en la página de introducción de esta Evidencia de cobertura.

A fin de recibir cobertura por los servicios, Usted debe comunicarse con Atención al Cliente antes de recibir cualquier servicio, para que Nosotros podamos coordinar que usted reciba atención de otro dentista general, un Especialista de la Red o un proveedor fuera de la red en caso de ser necesario.

En caso de una Emergencia Dental, vea la sección titulada "Emergencias Dentales" para obtener más detalles sobre esta situación.

Responsabilidad de los Miembros en caso de Falta de pago

Todos los contratos entre Nosotros y el Dentista Primario o el Dentista Especialista estipulan que, en ningún caso, Usted será responsable ante ningún Dentista por cualquier suma que el Plan adeude al Dentista. En cualquier caso que Nosotros no paguemos o nos neguemos a pagar al Dentista, dicha disputa es únicamente entre el Dentista y Nosotros, y, además de los Copagos, Usted no es responsable de ningún monto que no paguemos o Nos neguemos a pagar.

Acceso oportuno a la atención

Las citas para los Servicios Cubiertos se ofrecerán de la siguiente manera

- Las citas de urgencias se ofrecerán dentro de las 72 horas siguientes a la solicitud de cita.
- Las citas que no sean de urgencia se programarán dentro de 36 días hábiles después de haberla solicitado.
- Las para atención dental preventiva se programarán dentro de 40 días hábiles después de haberla solicitado.

Si solicita servicios de intérprete, se pondrán a su disposición en el momento de la cita.

BENEFICIOS

Servicios Cubiertos

Los Beneficios y los Copagos, Deducibles, M ximos Anuales, M ximos Vitalicios, M ximos de Gastos de Bolsillo y Per odos de Espera aplicables se describen en el Programa de Beneficios adjunto. Servicios Los servicios que se describen en el Programa de Beneficios como cubiertos est n sujetos a las Limitaciones de frecuencia o de edad detalladas en el Programa de Exclusiones y Limitaciones adjunto.

nicamente los servicios, suministros y procedimientos que se incluyen en el Programa de beneficios son Servicios cubiertos. Para los art culos que no se incluyen en esta lista (no cubiertos), usted es responsable del pago de la tarifa completa que cobre el dentista. No se pagar n beneficios por los servicios, suministros o procedimientos detallados en la secci n de Exclusiones del Programa de Exclusiones y Limitaciones.

Nosotros proporcionaremos cobertura para los servicios dentales cubiertos prestados adecuadamente a trav s de la telemedicina en la misma medida en que somos responsables de la cobertura del mismo servicio a trav s de diagn stico, consulta o tratamiento en persona. La cobertura de dichos servicios no se limita nicamente a los servicios prestados por proveedores seleccionados de telemedicina corporativa.

Exclusiones

No se proporcionar n servicios, suministros o cargos incluidos como Exclusiones en el Programa de Exclusiones y Limitaciones. Los servicios que se describen como cubiertos en el Programa de beneficios tambi n pueden est n sujetos a las Limitaciones de frecuencia o de edad como se indica en el Programa de Exclusiones y Limitaciones adjunto.

Copagos y Otros Cobros

Copagos

A efecto de mantener el Plan asequible para Usted y para Su Grupo, el Plan incluye ciertas caracter sticas de costos compartidos. Primero, no todos los procedimientos dentales est n cubiertos. Si el procedimiento no est descrito en el Programa de beneficios, no est cubierto. Usted ser responsable de pagar todo lo que cobre Su Dentista por los servicios sin cobertura.

IMPORTANTE: Si opta por recibir servicios dentales que no son Servicios Cubiertos bajo este Plan, un Dentista de la Red podr cobrarle su tarifa usual y acostumbrada por dichos servicios. Antes de prestar servicios dentales a un Miembro que no est n clasificados como Servicio Cubierto, el Dentista debe proporcionar al Miembro un plan de tratamiento que incluya cada servicio previsto y su respectivo costo estimado. Si desea m s informaci n sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar a nuestro Servicio al Cliente al n mero gratuito que aparece en la secci n Introducci n de esta Evidencia de Cobertura o a su corredor de seguros. Para comprender plenamente su cobertura, le recomendamos que revise detenidamente esta Evidencia de Cobertura.

Ciertos procedimientos descritos en el Programa de Beneficios requieren que Usted d un Copago. Los Copagos est n descritos en la columna de la derecha del Programa. Usted es responsable de pagar los Copagos al momento del servicio, salvo que Usted haya hecho otros arreglos con el Consultorio Dental Primario o el Dentista Especialista. Los Copagos ser n los mismos si el servicio fue provisto por Su Dentista Primario o por un Dentista Especialista mediante una remisi n. Los servicios incluidos en el Programa de beneficios con un "0" o "N/C" en la columna de Copago no requieren que Usted realice un Copago.

Los Servicios incluidos en el Programa de Beneficios tambi n est n sujetos a las Exclusiones y Limitaciones. Aseg re se de revisar tanto el Programa de Beneficios como las Exclusiones y Limitaciones que se adjuntan a esta Evidencia de Cobertura. Los Servicios que no est n incluidos en el Programa de Beneficios, Exclusiones o aquellos que superan las Limitaciones establecidas no est n cubiertos y son Su responsabilidad.

Tratamiento Opcional

Su Consultorio Dental Primario le proporciona todo el diagnóstico y la planificación del tratamiento. Ocasionalmente, Usted y su Consultorio Dental Primario pueden considerar diferentes opciones de tratamiento. Pueden surgir casos en los que una afección se puede tratar con más de una opción de tratamiento adecuada, que puede o no tener cobertura de Su plan.

El costo de cualquier tratamiento cubierto recomendado por el Proveedor y aceptado por Usted se basará en el Copago listado en el Programa de Beneficios.

El costo de cualquier tratamiento opcional, sin cobertura, se basará en la tarifa usual del Proveedor para el tratamiento opcional.

Además, los cobros por mejoras a coronas o puentes, dentaduras postizas parciales o completas con cobertura, no están cubiertos por el Plan y Usted será responsable de la tarifa de mejora además de los copagos por el servicio cubierto. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a marginación de porcelana o retenedores cosméticos para los dientes. Las coronas de cerámica mejoradas se consideran opcionales y no están cubiertas, por lo que Usted puede ser responsable de la tarifa acostumbrada en el Consultorio Dental Primario, siempre que Usted haya tenido la opción de elegir una corona de cerámica sin mejora (porcelana o porcelana fundida con metal) pero haya aceptado la corona de cerámica mejorada.

Su Consultorio Dental Primario es responsable de conversar con usted acerca del plan de tratamiento, incluyendo todos los tratamientos adecuados cubiertos, tratamientos opcionales y mejoras además de los costos. Su Consultorio Dental Primario también debe solicitar un consentimiento informado por escrito, para brindarle cualquier tratamiento, antes de que se proporcionen los servicios.

Tratamiento Ortodóntico Opcional

Invisalign, OrthoClear, SmileDirect y otros mecanismos de tratamiento de ortodoncia similares pueden ser opciones de tratamiento alternativas para una afección ortodóntica.

Los métodos por los cuales el dentista completa dichos procedimientos están sujetos al diagnóstico, opinión clínica y experiencia del dentista tratante. Se recomienda que Usted converse con Su dentista acerca de todos los métodos de tratamiento. Invisalign, OrthoClear, SmileDirect u otros aparatos similares para el tratamiento de ortodoncia no están cubiertos por el Plan, estos entran en la categoría de "aparatos especiales" y están excluidos de la cobertura. Si se usan estos aparatos, es posible que Usted sea responsable del total de los costos del tratamiento recibido.

Pago de Beneficios

Nosotros pagaremos los beneficios cubiertos directamente a Su Consultorio Dental Primario o Dentista Especialista asignado. El pago se basa en las tarifas contratadas con los Dentistas de la Red. Todos los contratos entre Nosotros y los Dentistas de la red establecen que el Miembro no será responsable, en ninguna circunstancia, por la suma que Nosotros adeudemos a los Dentistas. En cualquier caso en que Nosotros no paguemos o nos neguemos a pagar al Dentista, dicha disputa es únicamente entre el Dentista y Nosotros, y, además de los Copagos, Usted no es responsable de ningún monto que no paguemos o Nos neguemos a pagar.

Coordinación de Beneficios (COB)

Si Usted o Sus Dependientes están cubiertos por cualquier otro plan dental y recibe un servicio cubierto por este Plan y el otro, se coordinarán los beneficios. Esto significa que un plan será el Plan de Beneficios Dentales Primario y determinar sus beneficios antes de los del otro plan, y sin considerar los beneficios del otro plan. El otro plan será el Plan de Beneficios Dentales Secundario y determinar sus beneficios después del Plan de Beneficios Dentales Primario. Los beneficios del Plan de Beneficios Dentales Secundario se pueden reducir debido al pago del Plan de Beneficios Dentales Primario. Cada plan proporcionará solamente la porción de su beneficio que se requiera para cubrir los gastos a fin de evitar la duplicación de pagos y los pagos en exceso. Al determinar la obligación primaria o secundaria,

este Plan determinar el pago. Si este es el Plan de Beneficios Dentales Secundario, el pago durante el Período de Determinación de Reclamaciones no superará el total de la cantidad Permitida.

1. Cuando se usan en esta sección de Coordinación de Beneficios, las siguientes palabras y frases tienen las definiciones que se indican a continuación:
 - A) **Cantidad Permitida** es la cantidad permitida por el Plan para las partidas de gastos, cuando la atención esté cubierta, al menos en parte, por uno o más Planes que cubren al Miembro para el que se realiza la reclamación. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el valor razonable en efectivo de cada servicio prestado se considerará tanto una Cantidad Permitida como un beneficio pagado.
 - B) **Período de Determinación de la Reclamación** se refiere a un año de beneficios. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un año durante el cual la persona no haya tenido cobertura de este Plan.
 - C) **Otro Plan Dental** es cualquier forma de cobertura aparte de este Plan, con el cual se permita realizar una coordinación. **Otro Plan Dental** será cualquiera de los siguientes que proporcione beneficios o servicios dentales para los siguientes: Medicare, El seguro colectivo o cobertura de tipo colectiva estacionario o no asegurados. También incluye la cobertura que no sea de tipo de accidentes escolares (incluyendo las coberturas de primaria, escuela secundaria y estudiante universitario), solamente para accidentes, incluyendo lesiones deportivas, ya sea en un período de veinticuatro (24) horas o "desde y hacia la escuela", o beneficios de indemnización hospitalaria colectiva o de tipo colectiva de \$100 por día o menos.
 - D) **El Plan de Beneficios Dentales Primario** ofrece cobertura dental primaria y determina sus beneficios en primer lugar y sin tener en cuenta los beneficios del otro plan. Un plan que no incluye una cláusula de COB no puede tomar en cuenta los beneficios de otro plan para determinar sus beneficios.
 - E) **El Plan de Beneficios Dentales Secundario** ofrece cobertura dental secundaria y determina sus beneficios después de los del otro plan (Plan de Beneficios Dentales Primario). Los beneficios pueden reducirse a causa de los beneficios del otro plan (Plan de Beneficios Dentales Primario)
 - F) **Este Plan** se refiere a este documento que incluye todos los programas y cláusulas adicionales, que brindan beneficios de atención dental a los que se aplica esta cláusula de COB y que pueden reducirse como resultado de los beneficios de otros planes dentales.
 - G) **Plan** significa el Plan de Beneficios Dentales Primario o el Plan de Beneficios Dentales Secundario.
2. Se considerará que el valor razonable en efectivo de los servicios proporcionados por la Compañía será la cantidad de beneficios pagados por dicha Compañía. En virtud de esta disposición, la Compañía quedará totalmente liberada de responsabilidad por dicho pago.
 - A) Como Plan de Beneficios Dentales Primario, la compañía pagará el monto máximo requerido por su Póliza Colectiva cuando coordine sus beneficios con un Plan de Beneficios Dentales Secundario.
 - B) Como Plan de Beneficios Dentales Secundario, la Compañía pagará el monto menor entre el que habrá pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales, o el gasto total de bolsillo del Miembro pagadero bajo el Plan de Beneficios Dentales Primario por los beneficios cubiertos bajo el Plan de Beneficios Dentales Secundario.
3. Para determinar qué Plan es el primario, este Plan utilizará las siguientes reglas.
 - A) Si el Otro Plan Dental no tiene una disposición similar a esta, entonces ese Plan será el primario, y se aplicarán las normas de Coordinación de Beneficios de este Plan.
 - B) Si ambos Planes tienen disposiciones de COB, el Plan que cubre al Miembro como asegurado primario se determina antes que las del Plan que cubre a la persona como Dependiente.
 - C) Hijo Dependiente/Padres no Separados ni Divorciados las reglas para el orden de los beneficios para un hijo Dependiente cuando los padres no están separados ni divorciados son
 - 1) Los beneficios del Plan del padre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año, deberán determinarse antes que aquellos beneficios del Plan del padre cuyo cumpleaños ocurre después en ese año.

- 2) Si ambos padres cumplen a los el mismo día, la cobertura de los beneficios del Plan más antiguo se determinan antes que los del plan que cubrió al otro padre durante un periodo de menos tiempo.
 - 3) El término "cumpleaños" se refiere únicamente al mes y el día en un año calendario y no incluye el año en el cual nació la persona.
 - 4) Si el otro Plan no cumple con la regla del cumpleaños, pero en su lugar tiene una regla basada en el género del padre u otra regla, y si, como resultado, los planes no concuerdan con el orden de los beneficios, la regla que se basa en el género del padre determina el orden de los beneficios.
- D) Hijo dependiente/Padres Separados o Divorciados si dos o más planes cubren a una persona como Hijo dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios del hijo se determinan en este orden
- 1) Primero, el plan del padre que tiene la custodia del hijo.
 - 2) Luego, el plan del Conyuge del padre que tiene la custodia del hijo; y
 - 3) Finalmente, el plan del padre que no tiene la custodia del hijo.
 - 4) Si los términos específicos de un decreto judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos de atención dental del niño, y la entidad obligada a pagar o proporcionar los beneficios del Plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese Plan se determinan primero. El plan del otro padre se determina como el Plan Secundario.
 5. Si los términos específicos del decreto judicial establecen que los padres compartirán la custodia, sin establecer que uno de los padres es responsable por los gastos de la atención dental del niño, los Planes que cubren al niño seguirán el orden de las reglas de determinación de beneficios descritas en la Sección 3-C) anterior, titulada Hijo Dependiente/Padres no Separados ni Divorciados
- E) Miembro Activo/Inactivo
- 1) Para los Miembros empleados activamente y sus Conyuges mayores de sesenta y cinco (65) años que tengan cobertura de Medicare, el Plan será el primario.
 - 2) Cuando uno de los contratos es un plan de jubilación y el otro es un plan activo, el plan activo es el primario. Un plan de jubilación brinda cobertura a un empleado jubilado o a un Dependiente de un empleado. Un plan activo se refiere a un plan que cubre a una persona como empleado o Dependiente de un empleado. Cuando intervienen dos planes de jubilación, el que lleva más tiempo vigente es el primario. Cuando el plan está bajo un plan de jubilación y el otro plan es para un empleado despedido, el plan del empleado despedido es el primario. Si no hay otro contrato con esta regla, que da lugar a que cada plan determine los beneficios de otro, entonces se ignorará esta regla.
- F) El plan que cubre a una persona que continúa asegurada por Cal-COBRA será secundario a un plan que cubra a ese individuo como Suscriptor, o el Miembro. Si no hay otro plan con esta regla, que da lugar a que cada plan determine los beneficios de otro, entonces se ignorará esta regla.
- G) Si no se aplica ninguna de estas reglas, será prioritario el contrato que haya cubierto de forma ininterrumpida durante más tiempo al Miembro por el que se ha presentado la reclamación.
4. Derecho a Recibir y Divulgar Información Necesaria Ciertos hechos son necesarios para aplicar estas reglas COB. La Compañía tiene el derecho de decidir cuáles son los hechos necesarios. Esta puede obtener los hechos necesarios de o proporcionarlos a cualquier organización o persona. La información de salud enviada a una tercera parte será divulgada de acuerdo con la ley estatal y federal. Todas las personas que reclamen los beneficios en virtud de este Plan deben proporcionar los hechos necesarios para pagar la reclamación.
 5. Facilidad de Pago un pago realizado bajo otro plan puede incluir una cantidad que debería haber sido pagada en virtud de este Plan. Si lo hace, la Compañía puede pagar el monto a la organización que realizó ese pago. Entonces, ese monto se tratará como si fuera un beneficio pagado en virtud de este Plan, y la Compañía no volverá a pagar ese monto. El término "pago realizado" incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso "pago realizado" significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios prepagados por la Compañía.
 6. Derecho de Recuperación si el pago realizado por la Compañía es más de lo que se debió haber pagado bajo la cláusula COB, la Compañía puede recuperar la cantidad en exceso de uno o más de

los siguientes (1) personas a las que se les pagó o para quienes se pagó (2) aseguradoras; u (3) otra organización. Los miembros deben ayudar a la Compañía a implementar esta sección.

Revisión de una Determinación de Beneficio

Si Usted no está satisfecho con una determinación o pago de beneficios, por favor, comuníquese con Nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número de llamada gratuita en la sección de Introducción de esta Evidencia de cobertura o en Su tarjeta de Identificación. Si, después de hablar con un representante del Servicio al Cliente, aún no está satisfecho, consulte la siguiente sección Segunda Opinión y Procedimiento de Resolución de Reclamaciones para conocer los pasos adicionales que puede seguir en relación con Su reclamación.

Segunda Opinión

Usted o su Dentista de la Red pueden solicitar una segunda opinión. La solicitud de una segunda opinión se puede realizar llamando a Atención al Cliente al número de teléfono que se muestra en la página de introducción de esta Evidencia de cobertura, o, por escrito en la dirección que se muestra en la misma página bajo la sección "Quejas" Las razones para una segunda opinión incluyen, pero no se limitan a

1. si tiene preguntas sobre la razonabilidad o la necesidad de los procedimientos quirúrgicos recomendados;
2. si tiene preguntas sobre un diagnóstico o plan de cuidados para una afección que le ha causado un daño importante, esto significa que amenaza la vida, la pérdida de un miembro, la pérdida de una función corporal o un deterioro sustancial, incluyendo, entre otras, una afección crónica grave;
3. si las indicaciones clínicas no son claras o son complejas y confusas, un diagnóstico está en duda debido a resultados de pruebas contradictorios, o el profesional médico tratante no puede diagnosticar definitivamente la afección, y Usted solicita un diagnóstico adicional;
4. si el plan de tratamiento en curso no mejora su afección dental en un lapso apropiado dado el diagnóstico y el plan de atención, y Usted solicita una segunda opinión sobre el diagnóstico o la continuación del tratamiento; o bien
5. si ha intentado seguir el plan de atención o ha consultado con el proveedor inicial acerca de serias dudas sobre el diagnóstico o el plan de atención.

La coordinación para recibir una segunda opinión se realizará de forma expedita. Cuando Su afección sea tal que Usted se enfrente a una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, entre otras, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de otra función corporal importante, o la falta de prontitud que sea perjudicial para su capacidad de recuperar la función máxima, la decisión de autorización o denegación de una segunda opinión se tomará de forma oportuna y adecuada a la naturaleza de la afección, sin exceder las setenta y dos (72) horas desde la recepción de la solicitud, siempre que sea posible. Estos lineamientos escritos relativos a los plazos de respuesta a las solicitudes de segunda opinión están a su disposición si las solicita.

Al coordinar o autorizar una segunda opinión con un Dentista de la red debidamente calificado de Su elección, el costo de la consulta por la segunda opinión será Nuestra responsabilidad, menos cualquier Copago aplicable que deba pagar al momento del servicio. Es posible que Usted tenga que pagar por cualquier servicio de diagnóstico sin cobertura recomendado o requerido por el dentista, que Usted haya aceptado al momento de la consulta.

Si no hay otro Dentista de la Red razonablemente disponible que cumpla esta norma, Nosotros aprobaremos una segunda opinión fuera de la Red. Por favor, llame al número de Atención al Cliente para que podamos ayudarle a localizar a un dentista fuera de la red para Usted. En tales casos, el costo de la segunda opinión Fuera de la Red será responsabilidad del Plan, menos cualquier copago de paciente aplicable que deberá ser pagado por el miembro al momento de recibir el servicio.

Las segundas opiniones no están cubiertas con proveedores fuera de la red sin Nuestra aprobación previa.

Si denegamos una solicitud de segunda opinión, puede presentar una reclamación siguiendo el Procedimiento de Resolución de Reclamaciones.

PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

Los Miembros que no están satisfechos con algún aspecto del Plan pueden presentar una queja/reclamación. Nosotros preferimos que las quejas/reclamaciones se presenten por escrito o verbalmente con la asistencia de un representante del Plan. En cada uno de los lugares en los que se pueden presentar quejas o reclamaciones se ofrece asistencia para este fin, según sea necesario. Usted, o una persona que actúe en su nombre, debe presentar una queja o reclamación en el plazo de ciento ochenta (180) días a partir del incidente o acción que sea objeto de su descontento. La queja/reclamación debe contener detalles suficientes para identificar la naturaleza del problema.

Debe enviar su queja/reclamación por escrito al Departamento de Atención al Cliente a la dirección o sitio web que aparece en la página de introducción de esta Evidencia de Cobertura, o puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar asistencia al número gratuito que encontrará en la sección Introducción de esta Evidencia de Cobertura o en Su tarjeta de identificación.

No se le discriminará, cancelará su afiliación ni se le penalizará por presentar una queja o reclamación.

Los formularios de queja/reclamación y una descripción del procedimiento de queja/reclamación están disponibles directamente a través de Nosotros, en Nuestra página web y en las instalaciones de cada proveedor contratado, y se proporcionan de inmediato al solicitarlos.

Se acusará recibo de su solicitud en un plazo de cinco (5) días. Una vez la hayamos recibido, se contactará con todas las partes implicadas y se recopilarán todos los hechos pertinentes, registros dentales u otros materiales de apoyo. **Se enviará una copia de su reclamación al o los consultorios dentales objeto de la misma.**

Las quejas/reclamaciones se resolverán en un plazo de treinta (30) días. En un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la queja/reclamación, se enviará al miembro una notificación de la decisión adoptada.

Si Usted ha recibido una decisión Nuestra sobre Su reclamación/queja formal, o si Usted ha estado involucrado en el proceso de reclamación/queja formal durante más de treinta (30) días, puede presentar una reclamación/queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, Department of Managed Health Care). También puede presentar una reclamación/queja ante el DMHC en cualquier momento en que este determine que Su caso implica una amenaza inminente y grave para Su salud, incluyendo, entre otros dolor intenso, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante, o en cualquier caso en que el DMHC determine que se justifica una revisión más temprana.

Debido a las regulaciones concernientes a la confidencialidad de los registros médicos de los pacientes, cualquier resolución a la reclamación/queja se enviará al Consultorio Dental y al Miembro solamente. Todas estas respuestas se presentarán por escrito y se mantendrán en la máxima estricta confidencialidad.

Si no domina el idioma inglés, tiene problemas auditivos, visuales o de otro tipo que puedan dificultar el acceso a nuestro sistema de quejas/ reclamaciones, le proporcionaremos la asistencia necesaria.

El sistema de quejas/reclamaciones de United Concordia tiene en cuenta las necesidades lingüísticas y culturales de sus miembros, así como las necesidades de los miembros con discapacidad, para garantizar que todos los miembros tengan acceso y puedan participar plenamente en el sistema de quejas/reclamaciones, por los siguientes medios

1. Traducciones de los procedimientos de quejas/reclamaciones, formularios y respuestas del plan a las quejas/reclamaciones, según sea necesario.
2. Acceso a intérpretes v a telefónica,
3. Acceso a sistemas de retransmisión telefónica y otros dispositivos que ayudan a las personas con discapacidad a comunicarse,
4. Otra asistencia individualizada para satisfacer las necesidades específicas del Miembro.

Puede obtener acceso a los servicios arriba mencionados poniéndose en contacto con el Servicio al Cliente en el número de teléfono que aparece en la primera página de esta Evidencia de Cobertura o en Su tarjeta de identificación.

Si su queja/reclamación supone una amenaza inminente o grave para su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante, llevaremos a cabo una revisión acelerada de la queja/reclamación. Al recibir la notificación de un caso de revisión acelerada, le informaremos inmediatamente de sus derechos y del método para notificar la queja/reclamación al DMHC. De igual forma, le notificaremos la resolución o el estatus pendiente de la queja/reclamación acelerada en un plazo máximo de tres (3) días a partir de la recepción de esta.

Debido a las restricciones normativas sobre el plazo de resolución de quejas/reclamaciones, la decisión sobre una queja/reclamación **no se puede** apelar ante Nosotros.

Si Usted considera que los servicios de atención médica se han denegado, modificado o demorado indebidamente por el Plan o por uno de sus Dentistas, tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California.

"El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna reclamación en contra de su plan médico, primero debe llamar por teléfono a su plan médico al **1-866-357-3304** y use el proceso de reclamaciones de Su plan médico antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamaciones no prohíbe ningún remedio o derecho legal potencial que pueda estar disponible para Usted. Si necesita ayuda con una reclamación que involucre una emergencia, una reclamación que su plan médico no haya resuelto de forma satisfactoria o una reclamación que haya permanecido sin resolver por más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir asistencia. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, Independent Medical Review). Si Usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea de TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con problemas auditivos y del habla. El sitio web en internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de quejas, los formularios de solicitud de IMR y las instrucciones en línea.

DISPOSICIONES DE RENOVACIÓN

Una vez finalizado el plazo original, este Contrato Colectivo se renovará automáticamente de forma anual, según lo previsto en el Contrato Colectivo. La Compañía le facilitará una copia del Contrato Colectivo, si así lo solicita.

DERECHO DE CANCELACIÓN Y RESTRICCIONES DE LA RENOVACIÓN

Este Plan se puede cancelar o rescindir en cualquier momento, de acuerdo con lo estipulado en la Sección Terminación de Beneficios que se muestra a continuación.

TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

La cobertura de un Miembro terminará a las 12:00 a. m. Hora del Pacífico

- la fecha en que ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad de Su Grupo; o
- la fecha en que cese el pago de la Prima para Usted; o
- la fecha en que ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad para un Dependiente, según se define en la sección de Definiciones de esta Evidencia de Cobertura; o
- la fecha de cancelación incluida en la notificación que el Plan le ha enviado, facilitada al menos treinta (30) días antes de la cancelación, como consecuencia de una sentencia firme

- condenatoria por fraude para el Suscriptor o sus Dependientes; o
- la fecha en que el domicilio del Suscriptor cambie a una zona fuera del Estado de California. La cobertura continuará para los Dependientes que residan en California con un padre sin la custodia.

La cobertura de los Dependientes finalizará en la fecha en que finalice la cobertura del Suscriptor o este deje de ser elegible para inscribir a sus Dependientes. Si se cancela el Contrato Colectivo, la cobertura del Suscriptor y los Dependientes finalizará en la Fecha de Terminación del Contrato Colectivo.

Si el Titular del Contrato no paga la Prima, la Cobertura permanecerá vigente durante el Período de Gracia. Si la Prima no se recibe dentro del Período de Gracia, la cobertura será cancelada el primer día siguiente al vencimiento del Período de Gracia. El Titular del Contrato es el responsable de la Prima adeudada durante el Período de Gracia.

El Miembro que alegue que esta Evidencia de Cobertura no fue renovada o cancelada debido al estado de salud de un Familiar o Suscriptor, puede solicitar una revisión para su cancelación al Director del Departamento de Atención Médica Administrada.

No somos responsables de pagar los beneficios por los servicios que empezaron después de Su Fecha de Terminación o después de la Fecha de Terminación del Contrato Colectivo. Sin embargo, la cobertura para la realización de un procedimiento dental que requiera dos (2) o más visitas en días separados se extenderá por un período de noventa (90) días después de la Fecha de Terminación para que el procedimiento finalice. El procedimiento debe empezar antes de la Fecha de Terminación. El procedimiento se considera "iniciado" cuando el procedimiento no se pueda restituir o revertir. Por ejemplo, para coronas o dentaduras postizas parciales fijas, el procedimiento inicia cuando se preparan los dientes y se toman impresiones. Para el tratamiento de ortodoncia, si está cubierto bajo el Plan, la cobertura se extenderá hasta el final del mes de la Fecha de Terminación del Miembro. Esta extensión no aplica si el Contrato Colectivo termina por falta de pago de la Prima.

CONTINUIDAD DE LA COBERTURA

La ley federal o estatal puede exigir que ciertos empleadores ofrezcan continuidad de la cobertura a los Miembros por un tiempo en el momento que se reduzcan las horas de trabajo del Suscriptor o finalice su empleo por cualquier razón que no sea por conducta inapropiada. Comuníquese con Su grupo para averiguar si esto se aplica a usted. Su Grupo le informará sobre sus derechos a la continuación de la cobertura y el costo. Si se aplica este requisito, debe optar por continuar con la cobertura dentro de los sesenta (60) días a partir de Su evento calificador o notificación de derechos por parte de Su Grupo, lo que ocurra más tarde. Los dependientes pueden tener derechos de elección independientes, o Usted puede optar por continuar con la cobertura para ellos. Debe pagar la prima requerida para continuar la cobertura directamente a su grupo. La Compañía no es responsable por determinar quién es elegible para la continuidad de la cobertura.

DISPOSICIONES GENERALES

Esta Evidencia de Cobertura incluye e incorpora todas y cada una de las cláusulas adicionales, endosos, anexos y apéndices y, junto con el Contrato colectivo, representa el acuerdo completo entre las partes con respecto al Plan dental. El incumplimiento de cualquier sección o subsección de esta Evidencia de cobertura no deberá afectar la validez, legalidad y aplicabilidad Evidencia de cobertura secciones restantes.

Con la aprobación del Departamento de Atención Médica Administrada (o sus sucesores), la Compañía puede ceder esta Evidencia de Cobertura, y sus derechos y obligaciones en virtud de la misma a cualquier entidad bajo control común de la Compañía.

Para todos los efectos, esta Evidencia de Cobertura se interpretará como un documento legal y se interpretará y aplicará de acuerdo con las leyes y reglamentos pertinentes del Estado de California.

Privacidad y Confidencialidad de los Registros Dentales y las Comunicaciones

Nosotros no divulgamos registros de reclamaciones ni de elegibilidad salvo lo permitido o requerido por la ley y luego de acuerdo con la ley federal y estatal. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y procesales para proteger la información de reclamaciones y de elegibilidad del acceso, uso y divulgación no autorizados.

Una declaración que describe Nuestras políticas y procedimientos para resguardar la confidencialidad de los registros dentales está disponible y le será enviada a Usted si lo solicita.

Puede solicitar la comunicación confidencial de información médica. Esto significa que Usted puede solicitar que la información médica confidencial se le envíe a usted únicamente y/o a una dirección especificada por Usted. De este modo, también se asegurará de que la información médica confidencial no se revele a nadie más, ni siquiera a otras personas cubiertas bajo su plan. Para ello, puede enviar una solicitud de comunicación confidencial por correo a la siguiente dirección:

**United Concordia Dental Plans of California, Inc. – CA
PO Box 69414
Harrisburg, PA 17106-9141**

En su lugar, puede llamar al servicio al cliente del Plan al (866) 357-3304 para realizar la solicitud. Acusaremos recibo de la solicitud y nos aseguraremos de que se lleve a cabo en un plazo de 7 días calendario, en el caso de las solicitudes presentadas por vía electrónica, o de 14 días calendario, en el caso de las solicitudes presentadas por correo postal. También puede solicitar la exclusión voluntaria de la recepción de comunicaciones llamando al número de servicio al cliente arriba indicado. Las solicitudes para dejar de recibir comunicaciones se ejecutarán en un plazo de 30 días calendario a partir de la solicitud.

Puede ponerse en contacto con servicio al cliente para comprobar el estado de su solicitud o para confirmar que se ha tramitado. Cualquier solicitud que Usted presente en relación con la comunicación confidencial de información médica se mantendrá en vigor hasta que nos comunique lo contrario.

Derechos de la Compañía a cambiar el Plan

Salvo que se disponga lo contrario en este documento, esta Evidencia de Cobertura puede ser enmendada, cambiada o modificada solo por escrito y, en adelante adjuntarse como parte de esta Evidencia de Cobertura.

Sugerencias y Comentarios

Agradecemos Sus sugerencias y comentarios para mejorar el servicio de este Plan. Puede enviar preguntas y comentarios a Nuestra Comité de Política Pública. El Comité de Política Pública establece y revisa la política pública del Plan. El Comité está compuesto por representantes de al menos el 51% de los Miembros cubiertos bajo este Plan. Si desea que se le tenga en cuenta para formar parte del Comité, envíe Sus cualificaciones por escrito a la dirección que se encuentran en el anverso de esta Evidencia de Cobertura. El Plan revisa anualmente la membresía de su Comité. El Plan le notificará sus decisiones de selección una vez concluida esa revisión anual.

La discriminación es contra la ley

El Plan cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina, ni excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, edad, religión, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no negará ni limitará la cobertura de ningún servicio de salud porque el sexo asignado a una persona, identidad de género o género registrado en el momento del nacimiento sea diferente al que dicho servicio de salud está disponible normalmente. El Plan no rechazará ni limitará la cobertura para un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da lugar a una discriminación contra una persona transgénero.

El Plan

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como
 - Interpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como
 - Interpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, llame al 1-800-332-0366 (TTY 711) para obtener ayuda o comuníquese con el Coordinador de derechos civiles al P.O. Box 22492, Pittsburgh PA 15222. Teléfono 1-866-286-8295, TTY 711, Fax 412-544-2475, correo electrónico CivilRightsCoordinator@highmark.com.

Si usted considera que el Plan no le ha brindado estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, edad, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado, usted puede presentar una reclamación con el Plan. Los formularios de reclamaciones y una descripción del procedimiento para presentarlos están disponibles directamente en United Concordia, al llamar al Servicio al cliente al 1-866-357-3304, en la sección de Formularios del sitio web de United Concordia en www.unitedconcordia.com y en cada una de las instalaciones de los proveedores contratados y se proporcionan oportunamente bajo solicitud. Si usted necesita ayuda para presentar una reclamación llame al Servicio al cliente al 1-866-357-3304.

"El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable

de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna reclamación en contra de su plan médico, primero debe llamar por teléfono a su plan médico al 1-800-800-6453 o TTY 637-6453-888-1257, y use el proceso de reclamaciones de su plan médico antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamaciones no prohíbe ningún remedio o derecho legal potencial que pueda estar disponible para Usted. Si necesita ayuda con una reclamación que involucre una emergencia, que su plan médico no haya resuelto de forma satisfactoria o que haya permanecido sin resolver por más de 30 días, puede llamar al

departamento para recibir asistencia. Usted también puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, en inglés). Si Usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea de TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con problemas auditivos y del oído. El sitio web en Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de quejas, los formularios de solicitud de IMR y las instrucciones en línea."

Usted puede tener el derecho de presentar una acción civil bajo la sección 502(a) de la Ley de Seguridad los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), si está inscrito con su plan médico mediante un empleador que está sujeto a ERISA. Primero, asegúrese de que se hayan completado todas las revisiones de su apelación de reclamación y que no se haya aprobado. Luego, consulte con el administrador del plan de beneficios de su empleador para determinar si el plan de beneficios de su empleador está regulado por ERISA. Adicionalmente, usted y su plan médico pueden tener alternativas para la resolución voluntaria de la disputa, como una mediación.

Otros recursos para ayudarle: Tiene preguntas acerca de los derechos de apelación o de este aviso Necesita ayuda con una apelación Puede recibir ayuda del Programa de Asistencia al Consumidor (CAP, por sus siglas en inglés) en California.

Llame de forma gratuita al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California 1-888-466-2219 TDD/TTY 1-877-688-9891
<http://www.healthhelp.ca.gov>

También puede ingresar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, vía electrónica a través del portal de quejas de dicha oficina, ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono a

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

CA9805-B (11/23)

INFORMACIÓN SOBRE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA PARA NUEVOS MIEMBROS

Continuidad de la atención médica

Si recibe atención de un proveedor de atención dental, es posible que tenga derecho a conservar este durante un período designado. Comuníquese con el departamento de Servicio al cliente de este Plan al 1-866-357-3304, y si tiene preguntas adicionales, le animamos a que se comuniquen con el Departamento de Atención Médica Administrada que protege a los consumidores del plan HMO, por teléfono a su número gratuito, 1-888-HMO-2219, o al número de TDD para las personas con problemas auditivos al 1-877-688-9891, o bien, en línea en www.hmohelp.ca.gov. También puede obtener una copia de nuestra política sobre la continuidad de la atención médica con nuestro departamento de servicio al cliente. Esta política no aplica a personas inscritas con cobertura reciente que estén bajo un acuerdo de suscriptor individual.

Debe hacer una solicitud específica para continuar bajo la atención de su proveedor actual. No se nos exige continuar brindándole atención con ese proveedor si no es elegible bajo nuestra política o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos relacionados con su atención de conformidad con la ley de California.

SUPLEMENTO DE LA LEY FEDERAL

AL

CERTIFICADO DE SEGURO

Este Suplemento enmienda su Certificado incorporando las siguientes disposiciones sobre los períodos especiales de inscripción y los requisitos de ampliación de cobertura actualmente obligatorios o que pueden ser obligatorios en el futuro, conforme a la ley federal.

Puede inscribirse, en cualquier momento, para la cobertura dental para usted y sus dependientes si

- (1) Usted o su dependiente pierden elegibilidad para la cobertura conforme a Medicaid o al Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP); o
- (2) Usted o su dependiente pasan a ser elegibles para recibir asistencia de alta calidad de Medicaid o de CHIP, que permite la inscripción en un programa de beneficios.

Para inscribirse, debe presentar la información de inscripción completa a su grupo o a su administrador del plan en el término de sesenta (60) días a partir de la pérdida de cobertura o de elegibilidad para recibir asistencia de alta calidad, según sea el caso, por parte de usted o de su dependiente.

Se pueden aplicar otros períodos y derechos especiales de inscripción a usted o a sus dependientes, conforme a las leyes federales nuevas o existentes. Consulte a su grupo, a su administrador del plan o el resumen de la descripción del plan de su grupo para obtener información acerca de cualquier período especial de inscripción, derecho de inscripción o período de ampliación de cobertura para dependientes, ya sean nuevos o adicionales, que sean obligatorios conforme a la ley federal.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU PLAN

- ▶ Este Programa de beneficios proporciona un listado de procedimientos cubiertos por su plan. Para los procedimientos que requieren de un copago, el monto a pagar se muestra en la columna con el título “el Miembro paga \$”. Usted paga estos copagos en el consultorio dental al momento de recibir el servicio.
- ▶ Debe seleccionar un Consultorio dental primario (Primary Dental Office, PDO) de United Concordia para recibir los servicios cubiertos. Su PDO realizará los siguientes procedimientos o lo referirá a un dentista de atención especializada para que lo siga atendiendo. El tratamiento realizado por un dentista fuera de la red no está cubierto, excepto por lo que se describe en la Evidencia de cobertura.
- ▶ Únicamente los procedimientos que se incluyen en este Programa de beneficios son Servicios cubiertos. Para los servicios que no se incluyen en esta lista (sin cobertura), usted es responsable del pago de la tarifa completa que cobre el dentista. Los códigos de procedimiento y copagos del miembro se pueden actualizar para cumplir con la Terminología dental actual (Current Dental Terminology, CDT) de la Asociación dental americana (American Dental Association, ADA) de acuerdo con los estándares nacionales.
- ▶ Los dentistas dentro de la red cobrarán \$125 adicionales por el uso de metales preciosos (nobles/muy resistentes) o semipreciosos (nobles).
- ▶ Para obtener una descripción completa de su plan, consulte el Certificado de cobertura y el Programa de exclusiones y limitaciones además de este Programa de beneficios.
- ▶ Si tiene alguna pregunta acerca de su plan dental de United Concordia, llame sin costo a nuestro Departamento de Servicio al cliente al 1-866-357-3304 o bien, visite nuestro sitio web en www.UnitedConcordia.com.

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
-------------	-----------------	--------------------

EVALUACIONES BUCALES CLÍNICAS

D0120	Evaluación bucal periódica, paciente establecido	0
D0140	Evaluación bucal limitada, enfocada en el problema	0
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de 3 años de edad y asesoría con un proveedor de atención primaria	0
D0150	Evaluación bucal integral, paciente nuevo o establecido	0
D0160	Examen bucal detallado y extenso, enfocado en el problema, por informe	0
D0170	Reevaluación limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para visitas postoperatorias)	0
D0171	Reevaluación, visita posoperatoria al consultorio	0
D0180	Evaluación periodontal integral	0

RADIOGRAFÍAS/DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (incluye interpretación)

D0210	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas	0
D0220	Intraoral, primera imagen radiográfica periapical	0
D0230	Intraoral, cada imagen radiográfica periapical adicional	0
D0240	Intraoral, imagen radiográfica oclusal	0
D0250	Extraoral, imagen radiográfica de proyección en 2D creada con una fuente de radiación fija y un detector	0
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	0
D0270	Aletas de mordida, imagen radiográfica individual	0
D0272	Aletas de mordida, dos imágenes radiográficas	0
D0273	Aletas de mordida, tres imágenes radiográficas	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
-------------	-----------------	--------------------

RADIOGRAFÍAS/DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (incluye interpretación)

D0274	Aletas de mordida, cuatro imágenes radiográficas	0
D0277	Aletas de mordida verticales, de 7 a 8 imágenes radiográficas	0
D0330	Imagen radiográfica panorámica	0
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D - Adquisición, medida y análisis	0
D0350	Imagen fotográfica 2D oral o facial obtenida intraoral o extraoralmente	0
D0372	Tomosíntesis intraoral, serie completa de imágenes radiográficas	0
D0373	Tomosíntesis intraoral, imagen radiográfica de aleta de mordida	0
D0374	Tomosíntesis intraoral- imagen radiográfica periapical	0

PRUEBAS Y EXÁMENES

D0396	Impresión 3D del escaneo de una superficie dental	0
D0415	Recolección de muestras de microorganismos para cultivo y sensibilidad	0
D0416	Cultivo viral	0
D0417	Recolección y preparación de muestra de saliva para prueba de diagnóstico de laboratorio	0
D0418	Análisis de muestra de saliva	0
D0422	Recolección y preparación de material de muestra genética para informe y análisis de laboratorio	0
D0423	Prueba genética de susceptibilidad a enfermedades - Análisis de especímenes	0
D0425	Pruebas de susceptibilidad a caries	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
PRUEBAS Y EXÁMENES		
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria que ayuda en la detección de anomalías de la mucosa incluyendo lesiones premalignas y malignas, excluye procedimientos de citología o biopsia	0
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	0
D0470	Moldes para diagnóstico	0
LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCAL		
D0472	Adquisición de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de un informe escrito	0
D0473	Adquisición de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de un informe escrito	0
D0474	Adquisición de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluye la evaluación de los bordes quirúrgicos para verificar la presencia de enfermedad, preparación y transmisión de un informe escrito	0
D0502	Otros procedimientos de patología bucal, por informe	0
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con hallazgo de bajo riesgo	0
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con hallazgo de riesgo moderado	0
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con hallazgo de riesgo alto	0
PROFILAXIS DENTAL		
D1110	Profilaxis, Adulto (1 cada 6 meses)	0
	Profilaxis adicional para adulto (máximo de 1 adicional cada 6 meses)	40
D1120	Profilaxis, niños (1 cada 6 meses)	0
	Profilaxis adicional para niños (máximo de 1 adicional cada 6 meses)	30
TRATAMIENTO TÓPICO CON FLÚOR (procedimiento en el consultorio)		
D1206	Aplicación tópica de esmalte con flúor	0
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluyendo esmalte	0
OTROS SERVICIOS DE PREVENCIÓN		
D1301	Asesoría para vacunación	0
D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	0
D1320	Asesoría acerca del uso de tabaco para el control y prevención de enfermedades bucales	0
D1321	Consejería para el control y prevención de los efectos adversos de salud bucal, conductual y sistémica asociada con el uso de sustancias de alto riesgo.	0
D1330	Instrucciones de higiene bucal	0
D1351	Sellante, por diente	0
D1353	Reparación de sellante, por diente	0
D1354	Aplicación de medicamento para contrarrestar las caries, por diente	15
D1355	Aplicación de medicamento preventivo para las caries, por diente	15

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
MANTENEDORES DE ESPACIOS (aparatos pasivos)		
D1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante	0
D1516	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar	0
D1517	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular	0
D1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante	0
D1526	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, maxilar	0
D1527	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular	0
D1551	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, maxilar	0
D1552	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	0
D1553	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, por cuadrante	0
D1556	Mantenedor de espacio, removible o fijo, unilateral, por cuadrante	0
D1557	Mantenedor de espacio, removible o fijo, unilateral, maxilar	0
D1558	Mantenedor de espacio, removible o fijo, unilateral, mandibular	0
D1575	Mantenedor de espacios de zapata distal, fijo, unilateral, por cuadrante	0
RESTAURACIONES DE AMALGAMAS (incluye pulido)		
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	0
D2150	Amalgama, dos superficies, primarias o permanentes	0
D2160	Amalgama, tres superficies, primarias o permanentes	0
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, primarias o permanentes	0
RESTAURACIONES DE COMPOSITE A BASE DE RESINA, DIRECTAS		
D2330	Composite a base de resina, una superficie, anterior	0
D2331	Composite a base de resina, dos superficies, anterior	0
D2332	Composite a base de resina, tres superficies, anterior	0
D2335	Composite a base de resina, cuatro o más superficies de (Anterior)	0
D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	0
D2391	Composite a base de resina, una superficie, posterior	85
D2392	Composite a base de resina, dos superficies, posterior	109
D2393	Composite a base de resina, tres superficies, posterior	133
D2394	Composite a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	140
RESTAURACIONES DE INCRUSTACIONES Y SOBREINCRUSTACIONES		
D2510	Incrustación, metálica, una superficie	0 ◆

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
RESTAURACIONES DE INCRUSTACIONES Y SOBREINCRUSTACIONES		
D2520	Incrustación, metálica, dos superficies	0 ◆
D2530	Incrustación, metálica, tres o más superficies	0 ◆
D2542	Sobreincrustación, metálica, dos superficies	0 ◆
D2543	Sobreincrustación, metálica, tres superficies	0 ◆
D2544	Sobreincrustación, metálica, cuatro o más superficies	0 ◆
CORONAS, SOLO RESTAURACIONES SIMPLES		
D2710	Corona, composite a base de resina (indirecto)	0
D2712	Corona, composite a base de resina 3/4 (indirecto)	0
D2720	Corona, resina con un metal noble/muy resistente	0 ◆
D2721	Corona, resina con un metal predominantemente base	0
D2722	Corona, resina con un metal noble	0 ◆
D2740	Corona, porcelana/cerámica	0
D2750	Corona, porcelana fundida en un metal noble/muy resistente	0 ◆
D2751	Corona, porcelana fundida en un metal predominantemente base	0
D2752	Corona, porcelana fundida en un metal noble	0 ◆
D2753	Corona, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	0
D2780	Corona, 3/4 por colado en un metal noble/muy resistente	0 ◆
D2781	Corona, 3/4 por colado en un metal predominantemente base	0
D2782	Corona, 3/4 por colado en un metal noble	0 ◆
D2783	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica	0
D2790	Corona, total por colado en un metal noble/muy resistente	0 ◆
D2791	Corona, total por colado en un metal predominantemente base	0
D2792	Corona, total por colado en un metal noble	0 ◆
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	0
D2799	Corona temporal, tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final	0
OTROS SERVICIOS DE RESTAURACIÓN		
D2910	Recementación o readhesión, incrustación, sobreincrustación, carilla o restauración parcial de la superficie	0
D2915	Recementación o readhesión fabricada indirectamente o Perno y muñón prefabricado	0
D2920	Recementación o readhesión de corona	0
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes temporales	0
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes	0
D2932	Corona prefabricada de resina	0
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con cubierta de resina	0
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético, dientes temporales	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
OTROS SERVICIOS DE RESTAURACIÓN		
D2940	Colocación de una restauración directa temporal	0
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta	0
D2950	Formación del muñón, incluyendo cualquier perno cuando es necesario	0
D2951	Retención con perno, por diente, además de la restauración	0
D2952	Perno y muñón además de la corona, fabricado indirectamente	0
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, el mismo diente	10
D2954	Perno y muñón prefabricado además de la corona	0
D2955	Extracción del perno	0
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural	20
D2957	Cada perno prefabricado adicional, el mismo diente	10
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una nueva corona bajo la estructura de una dentadura postiza parcial existente	25
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	0
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	0
D2982	Reparación de sobreincrustación necesaria por falla del material de restauración	0
D2991	Aplicación de hidroxipatita, medicamento regenerativo, por diente	45
RECUBRIMIENTO PULPAR		
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (excluyendo la restauración final)	0
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (excluyendo la restauración final)	0
PULPOTOMÍA		
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	0
D3221	Desbridamiento de la pulpa, dientes temporales y permanentes	0
D3222	Pulpotomía parcial para apicogénesis, dientes permanentes con desarrollo incompleto de raíz	0
TERAPIA DE ENDODONCIA EN DIENTES TEMPORALES		
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), anterior, dientes temporales (excluye restauración final)	0
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), posterior, dientes temporales (excluye restauración final)	0
TERAPIA DE ENDODONCIA (incluye plan de tratamiento, procedimientos clínicos y atención de seguimiento)		
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (excluye restauración final)	0
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (excluye restauración final)	0
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (excluye restauración final)	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
RETRATAMIENTO DE ENDODONCIA		
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, anterior	0
D3347	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, premolar	0
D3348	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar	0
PROCEDIMIENTOS DE APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN		
D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	0
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo temporal de medicamento (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de la raíz, desinfección del espacio pulpar, etc.)	0
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final (incluye terapia de canales completa, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	0
D3355	Regeneración pulpar, visita inicial	0
D3356	Regeneración pulpar, reemplazo temporal de medicamento	0
D3357	Regeneración pulpar, finalización del tratamiento	0
APICECTOMÍA/SERVICIOS PERIRRADICULARES		
D3410	Apicectomía, anterior	0
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	0
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	0
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	0
D3430	Retrobturación, por raíz	0
D3450	Amputación de raíz, por raíz	0
D3471	Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, anterior	0
D3472	Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, premolar	0
D3473	Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, molar	0
D3501	Cirugía para exposición de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción de la raíz, anterior	0
D3502	Cirugía para exposición de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción de la raíz, premolar	0
D3503	Cirugía para exposición de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción de la raíz, molar	0
OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENDODONCIA		
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento del diente con barrera dental de goma	0
D3920	Hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), no incluye terapia de canal radicular	0
D3921	Descoronación o inmersión de un diente erupcionado	0
D3950	Preparación de canal y ajuste de pivote o perno preformados	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
SERVICIOS QUIRÚRGICOS (incluye atención postoperatoria usual)		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	0
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	0
D4212	Gingivectomía o gingivoplastía para permitir el acceso para el procedimiento restaurativo, por diente	0
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	0
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	0
D4245	Colgajo posicionado apicalmente	0
D4249	Alargamiento clínico de tejidos duros de corona	0
D4260	Cirugía ósea, (incluyendo la elevación de un colgajo de espesor total y cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	0
D4261	Cirugía ósea, (incluyendo la elevación de un colgajo de espesor total y cierre), uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	0
D4263	Injerto de reemplazo de hueso, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante	120
D4264	Injerto de reemplazo de hueso, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	92
D4274	Procedimiento de cuña distal o mesial, diente individual (cuando no se realiza junto con los procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	0
D4286	Remoción de barrera no reabsorbible	0
SERVICIOS PERIODONTALES NO QUIRÚRGICOS		
D4341	Raspado periodontal y alisado de raíz, cuatro o más dientes por cuadrante	0
D4342	Raspado periodontal y alisado de raíz, uno a tres dientes por cuadrante	0
D4346	Sarro en presencia de inflamación gingival grave o moderada generalizada, boca completa, después de la evaluación bucal	0
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir la evaluación integral y el diagnóstico en una visita subsiguiente	0
D4381	Entrega localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	43
OTROS SERVICIOS PERIODONTALES		
D4910	Mantenimiento periodontal	0
D4920	Cambio no programado de apósito (realizado por alguien que no es el dentista tratante o su personal)	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
OTROS SERVICIOS PERIODONTALES		
D4921	Irrigación gingival con un agente médico, por cuadrante	25
DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS (incluyendo el cuidado de rutina después del procedimiento)		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	0
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	0
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	0
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	0
DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES (incluyendo el cuidado de rutina después del procedimiento)		
D5211	De dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5212	De dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal colado con base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal colado con base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de metal colado con base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de metal colado con base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes)	0
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes)	0
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes)	0
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral removible, metal colado de una pieza (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes), maxilar	0
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral removible, metal colado de una pieza (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes), mandibular	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES (incluyendo el cuidado de rutina después del procedimiento)		
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral removible, base flexible de una pieza (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes), por cuadrante	0
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral removible, resina de una pieza (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes), por cuadrante	0
AJUSTES DE LAS DENTADURAS POSTIZAS		
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	0
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	0
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	0
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	0
REPARACIONES DE DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS		
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	0
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	0
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa, por diente	0
REPARACIONES DE DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES		
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	0
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	0
D5621	Reparación de base de dentadura postiza parcial de metal colado, mandibular	0
D5622	Reparación de la base de dentadura postiza parcial de metal colado, maxilar	0
D5630	Reparación o reemplazo del material de sujeción del retenedor, por diente	0
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente	0
D5650	Agregar un diente a una dentadura postiza parcial existente, por diente	0
D5660	Agregar retenedor a dentadura postiza parcial existente, por diente	0
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal por colado (maxilar)	0
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal por colado (mandibular)	0
PROCEDIMIENTOS DE REBASADO DE DENTADURA POSTIZA		
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	0
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	0
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	0
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	0
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	0
PROCEDIMIENTOS DE REAJUSTES DE DENTADURA POSTIZA		
D5730	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (directo)	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
PROCEDIMIENTOS DE REAJUSTES DE DENTADURA POSTIZA		
D5731	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (directo)	0
D5740	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	0
D5741	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	0
D5750	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (indirecto)	0
D5751	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (indirecto)	0
D5760	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	0
D5761	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	0
D5765	Alineador blando para dentaduras postizas parciales o completas removibles, indirecto	0
D5810	Dentadura postiza completa temporal (maxilar)	0
D5811	Dentadura postiza completa temporal (mandibular)	0
D5820	Dentadura postiza parcial temporal (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes), maxilar	0
D5821	Dentadura postiza parcial temporal (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes y dientes), mandibular	0

OTROS SERVICIOS PARA DENTADURA POSTIZA REMOVIBLE

D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	0
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	0
D5863	Sobredentadura, maxilar completa	0
D5864	Sobredentadura, maxilar parcial	0
D5865	Sobredentadura, mandibular completa	0
D5866	Sobredentadura, mandibular parcial	0

PÓNTICOS PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA

D6205	Póntico, composite a base de resina indirecta	0
D6210	Pónticos colados de metal noble/muy resistente	0 ◆
D6211	Póntico, colado de metal predominantemente base	0
D6212	Póntico, colado de metal noble	0 ◆
D6214	Pónticos, titanio y aleaciones de titanio	0
D6240	Póntico, porcelana fundida en un metal noble/muy resistente	0 ◆
D6241	Póntico, porcelana fundida en un metal predominantemente base	0
D6242	Póntico, porcelana fundida en un metal noble	0 ◆
D6243	Pónticos, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	0
D6245	Póntico, porcelana/cerámica	0
D6250	Póntico, resina con un metal noble/muy resistente	0 ◆
D6251	Póntico, resina con un metal predominantemente base	0
D6252	Póntico, resina con un metal noble	0 ◆

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
RETENEDORES DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, INCRUSTACIONES/SOBRE INCRUSTACIONES		
D6545	Retenedor, metal por colado para dentaduras postizas fijas de resina adherida	0
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica para dentaduras postizas fijas de resina adherida	0
D6549	Retenedor de resina, para dentaduras postizas fijas de resina adherida	0
D6602	Incrustación de retenedor, metal noble/muy resistente por colado, dos superficies	0 ◆
D6603	Incrustación del retenedor, metal noble/muy resistente por colado, tres o más superficies	0 ◆
D6604	Incrustación de retenedor, metal predominantemente base por colado, dos superficies	0
D6605	Incrustación de retenedor, por colado en un metal predominantemente base, tres o más superficies	0
D6606	Incrustación de retenedor, metal noble por colado, dos superficies	0 ◆
D6607	Incrustación de retenedor, metal noble por colado, tres o más superficies	0 ◆
D6610	Sobreincrustación de retenedor, metal noble/muy resistente por colado, dos superficies	0 ◆
D6611	Sobreincrustación de retenedor, metal muy noble por colado, tres o más superficies	0 ◆
D6612	Sobreincrustación de retenedor, metal predominantemente base, dos superficies	0
D6613	Sobreincrustación de retenedor, por colado en un metal predominantemente base, tres o más superficies	0
D6614	Sobreincrustación de retenedor, metal noble por colado, dos superficies	0 ◆
D6615	Sobreincrustación de retenedor, metal noble por colado, tres o más superficies	0 ◆
D6624	Incrustación de retenedor, titanio	0
D6634	Sobreincrustación de retenedor, titanio	0

RETENEDORES DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, CORONAS

D6710	Corona de retenedor, composite a base de resina indirecta	0
D6720	Corona de retenedor, resina con un metal noble/muy resistente	0 ◆
D6721	Corona de retenedor, resina con un metal predominantemente base	0
D6722	Corona de retenedor, resina con un metal noble	0 ◆
D6740	Corona de retenedor, porcelana/cerámica	0
D6750	Corona de retenedor, porcelana fundida en un metal noble/muy resistente	0 ◆
D6751	Corona de retenedor, porcelana fundida en un metal predominantemente base	0
D6752	Corona de retenedor, porcelana fundida en un metal noble	0 ◆
D6753	Corona de retenedor, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	0
D6780	Corona de retenedor, 3/4 por colado en un metal noble/muy resistente	0 ◆

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
RETENEDORES DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, CORONAS		
D6781	Corona de retenedor, 3/4 por colado en un metal predominantemente base	0
D6782	Corona de retenedor, 3/4 por colado en un metal noble	0 ◆
D6783	Corona de retenedor, 3/4 de porcelana/cerámica	0
D6784	Corona de retenedor, titanio y aleaciones de titanio	0
D6790	Corona de retenedor, total por colado en un metal noble/muy resistente	0 ◆
D6791	Corona de retenedor, total por colado con un metal predominantemente base	0
D6792	Corona de retenedor, total por colado en un metal noble	0 ◆
D6794	Corona de retenedor, titanio y aleaciones de titanio	0

OTROS SERVICIOS DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA		
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	0
D6940	Rompefuerzas	0
D6950	Aditamento de precisión	0
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla de material restaurativo	0

EXTRACCIONES (incluye anestesia local, suturas si son necesarias y atención postoperatoria de rutina)		
D7111	Extracción, restos de coronas, dientes temporales	0
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción de fórceps)	0

EXTRACCIONES QUIRÚRGICAS (incluye anestesia local, suturas si son necesarias y atención postoperatoria de rutina)		
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere la extracción de hueso o la sección de un diente e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si se indica	0
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	0
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	0
D7240	Extracción de diente impactado, completamente en hueso	0
D7241	Extracción de diente impactado, completamente en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales	0
D7250	Extracción de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)	0
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional de diente, solo dientes impactados 0	0
D7259	Diseción del nervio	20

OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		
D7280	Exposición de un diente retenido	0
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado	0
D7284	Biopsia excisional de las glándulas salivales menores	245
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso, diente)	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando	0
D7288	Biopsia con cepillo, recolección de muestras transepiteliales	45

ALVEOLOPLASTIA (preparación quirúrgica de los alveolos para dentadura postiza)		
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente por cuadrante	0
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	0
D7320	Alveoloplastia no junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	0
D7321	Alveoloplastia no junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	0

EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DE LESIONES INTRAÓSEAS		
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	0
D7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm	0

ESCISIÓN DE TEJIDO ÓSEO		
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	0
D7472	Extracción de rodete palatino	0
D7473	extracción de rodete mandibular	0
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea	0

INCISIÓN QUIRÚRGICA		
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	245
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral	0
D7511	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	0
D7520	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extraoral	0
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	0

REPARACIÓN DE HERIDAS TRAUMÁTICAS		
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	0

OTROS PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN		
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	0
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	0
D7963	Frenuloplastia	0
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	0
D7971	Extirpación de encía pericoronaria	0

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO		
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición temporal	1500
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de transición	1500

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO		
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adolescente	1500
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adulto	1500
TRATAMIENTO ORTODÓNTICO INTEGRAL		
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición	1500
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente	1500
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de adulto	2000
TRATAMIENTO MENOR PARA CONTROLAR HÁBITOS DAÑINOS		
D8210	Terapia de aparato removible para control de hábitos dañinos	750
D8220	Terapia de aparato fijo para control de hábitos dañinos	750
OTROS SERVICIOS DE ORTODONCIA		
D8660	Tratamiento previo a la ortodoncia, Examen para controlar el desarrollo y crecimiento	15
D8670	Visita periódica por el tratamiento de ortodoncia	0
D8680	Retención ortodóntica (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	240
†	Tarifa por expedientes ortodónticos	265
TRATAMIENTO NO CLASIFICADO		
D9110	Tratamiento paliativo de dolor dental, por consulta	0
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	0
ANESTESIA		
D9210	Anestesia local (no junto con un procedimiento operatorio o quirúrgico)	0
D9211	Anestesia de bloqueo regional	0
D9212	Anestesia de bloqueo de división del trigémino	0
D9215	Anestesia local junto con un procedimiento operatorio o quirúrgico	0
D9219	Evaluación para sedación Moderada, profunda o anestesia general	0
D9222	Sedación profunda/Anestesia general, primeros 15 minutos	80
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incrementos cada 15 minutos	80
D9239	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos	85
D9243	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, incrementos cada 15 minutos subsiguientes	85
CONSULTA PROFESIONAL		
D9310	Consulta, servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	0
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	0

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
VISITAS PROFESIONALES		
D9430	Visita al consultorio para observación (durante horario programado habitual), no se realizan otros servicios	0
D9440	Visita al consultorio, después de las horas programadas regularmente	40
D9450	Presentación de caso, subsiguiente a la planificación extensa y detallada del tratamiento	0
SERVICIOS MISCELÁNEOS		
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, maxilar	0
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, mandibular	0
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial removible, maxilar	0
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial removible, mandibular	0
D9942	Reparación o reajuste de protector oclusal	15
D9943	Ajuste de protector oclusal	24
D9944	Protector oclusal, aparato firme, arco completo	95
D9946	Protector oclusal, aparato firme, arco parcial	95
D9951	Ajuste oclusal (limitado)	0
D9952	Ajuste oclusal (completo)	0
D9986	Cita perdida	20
D9987	Cita cancelada	20
D9990	Servicios de traducción certificada o lenguaje de señas, por visita	0
D9991	Administración de casos dentales, abordaje de impedimentos para el cumplimiento de la cita	0
D9992	Dental Administración de casos, Coordinación del cuidado de la salud	0
D9993	Administración de casos dentales, entrevista motivacional	0
D9994	Administración de casos dentales, educación del paciente para mejorar el conocimiento sobre la salud oral	0
D9997	control de la atención dental, pacientes con necesidades de atención médica especial	0
BLANQUEAMIENTO		
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas	125
NOTAS DE PIÉ DE PÁGINA		
◆	Los cargos por el uso de metales preciosos (muy resistentes) o semipreciosos (nobles) no se incluyen en el copago por coronas, puentes, pónicos, incrustaciones y sobreincrustaciones. La decisión de usar estos materiales es un esfuerzo de cooperación entre el proveedor y el paciente, con base en la asesoría profesional del proveedor. Se espera que los proveedores no cobren más de \$125 adicionales por estos materiales.	

Código ADA:	Descripción ADA	El miembro paga \$
----------------	--------------------	--------------------------

NOTAS DE PIÉ DE PÁGINA

† Cuando informe sobre estos procedimientos, utilice el código D8999 "Procedimiento ortodóntico no especificado, según informe". Los registros incluyen todos los procedimientos de diagnóstico, como imágenes cefalométricas, radiografía de boca completa, modelos y planes de tratamiento.

PROGRAMA DE EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Atención Dental Administrada

EXCLUSIONES:

Salvo como se especifica en las disposiciones de este Certificado, no se cubrirán servicios, suministros o cobros:

1. Que no estén listados específicamente en el Programa de beneficios como un Servicio Cubierto.
2. Proporcionados a los miembros fuera del consultorio en el que el Miembro está inscrito y que no hayan sido preautorizados por la Compañía (incluyendo servicios de atención especializada).
3. Que en opinión del dentista tratante, o de la Compañía, no son clínicamente necesarios, o cuyo pronóstico no sea razonable y favorable.
4. Que sean necesarios por la falta de cooperación con el dentista tratante o por la falta de cumplimiento con un Plan de tratamiento recomendado profesionalmente.
5. Que iniciaron o en los que se incurrió antes de la elegibilidad del miembro para la Compañía o después de la fecha de terminación de la cobertura con la Compañía.
6. Por consultas con un Dentista Especialista por servicios que no estén listados específicamente en el Programa de beneficios como un Servicio Cubierto, o que no haya sido remitido por el consultorio inscrito por el miembro.
7. Que no llenen los estándares de tratamiento dental aceptados, que sean de naturaleza experimental o de investigación o que sean considerados mejoras o avances opcionales a los tratamientos dentales estándar según lo determina la Compañía.
8. Para hospitalización y costos asociados por la prestación de servicios en un hospital.
9. Que la Compañía determine que son responsabilidad de la Compensación de los trabajadores, de los empleadores, plan de salud, o pagaderos por un programa del Gobierno Federal Estatal o un programa, o bien para tratamiento de cualquier lesión relacionada con automóviles por la que el Miembro tenga derecho a recibir pago bajo una póliza de seguro de automóvil.
10. Para los medicamentos con y sin receta médica, las vitaminas y los suplementos de dieta.
11. Que la Compañía determine que son principalmente de naturaleza cosmética, incluyendo, pero sin limitarse a blanqueado, carillas de revestimiento, personalización o diseño de coronas, puentes o dentaduras postizas.
12. Por servicios de diagnóstico y tratamiento de problemas de la articulación mandibular por medio de cualquier método. Estos problemas del síndrome de la articulación temporomandibular (ATM) y los trastornos craneomandibulares u otras afecciones de la articulación que une la mandíbula y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados a esta articulación.
13. Por servicios y/o aparatos que alteran la dimensión vertical o que alteran, restauran o mantienen la oclusión, incluyendo pero sin limitarse a rehabilitación de la boca completa, férulas, aparatos o cualquier otro método.
14. Por restauración la estructura del diente perdido a causa del desgaste, la erosión o la abrasión en la ausencia de dolor, sensibilidad, caries o fractura.
15. Por reemplazo de prótesis extraviadas, faltantes, robadas o dañadas, o bien para duplicar dentaduras postizas, prótesis o cualquier otro dispositivo duplicativo.
16. Por extracciones que sean específicamente para propósitos de ortodoncia.
17. Para lo siguiente, que no se incluyen como beneficios de ortodoncia: retratamiento de casos de ortodoncia, cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios por falta de cooperación del paciente, reparación de aparatos de ortodoncia, reemplazo de aparatos perdidos o robados, aparatos especiales (incluidos, entre otros, artículos de sombrerería, aparatos ortopédicos, planos de mordida, aparatos funcionales, alineadores transparentes, o expansores palatinos), terapia miofuncional, casos de cirugía ortognática ortodoncia y tratamientos que excedan los veinticuatro (24) meses.
18. Por servicios de ortodoncia que no sean realizados bajo supervisión directa de un dentista con licencia en el estado de residencia del miembro y servicios de ortodoncia autoadministrados (DIY, por sus siglas en inglés).
19. Por inserciones quirúrgicas y/o extracciones de implantes, así como cualquier dispositivo y/o prótesis adheridas a los implantes.
20. Para procedimientos electivos, incluyendo, pero sin limitarse a extracciones profilácticas de terceros molar.
21. Que sean necesarios por o relacionados con actos de guerra declarada o no.

LIMITACIONES

Los siguientes servicios estarán sujetos a las Limitaciones descritas a continuación:

1. La remisión a un Dentista especializado que está limitada a ortodoncia, cirugía bucal, periodoncia, endodoncia y pediatría dental.
2. La elegibilidad para remisión a y cobertura de servicios de un dentista especializado en pediatría finaliza cuando el miembro cumpla 7 años. Sin embargo, las excepciones para niños con necesidades médicas, con discapacidades mentales o físicas, cuando lo confirme un médico, pueden ser considerados de manera individual, previa autorización de la Compañía.
3. El Miembro debe permanecer en el Plan durante el tiempo en el que esté en tratamiento de ortodoncia. Cualquier terminación temprana puede resultar en cargos adicionales por trabajo sin terminar. Esta limitación solo aplica a la terminación del suscriptor, no del grupo.
4. Sellantes: uno (1) por diente cada tres (3) años hasta que cumpla diez (10) años de edad en los primeros molares permanentes y hasta que cumpla quince (15) años de edad en los segundos molares permanentes.
5. Aplicación de medicamento para contrarrestar y para prevenir las caries, limitado a uno (1) cada seis (6) meses consecutivos hasta la edad de dieciocho (18) años.
6. Tratamiento de flúor: uno (1) cada seis (6) meses consecutivos hasta la edad de dieciocho (18) años.
7. Aplicación de hidroxiapatita, medicamento regenerativo, por diente, limitado a dos (2) por diente cada doce (12) meses hasta la edad de seis (6) años; uno (1) por diente cada doce (12) meses en las edades de 7 a 12 años. Se excluye a miembros mayores de 13 años.
8. En caso de una Emergencia dental que involucre dolor o una afección que requiera tratamiento inmediato, que se presente a más de cincuenta (50) millas de la casa del Miembro, el Plan cubre el diagnóstico y los procedimientos dentales terapéuticos proporcionados por un dentista a un máximo de \$100 por cada visita de emergencia.
9. Mantenimiento periodontal después de una terapia periodontal activa -- dos (2) cada doce (12) meses en combinación con la profilaxis de rutina.
10. Raspado en caso de inflamación generalizada, uno cada doce (12) meses.
11. Raspado periodontal y alisado radicular: uno (1) cada veinticuatro (24) meses consecutivos por área de la boca.
12. Procedimientos periodontales quirúrgicos: uno (1) cada treinta y seis (36) meses consecutivos, por área de la boca.
13. Repetición del tratamiento de canales: uno (1) por diente de manera vitalicia.
14. Radiografías de boca completa o panorámica: una (1) cada tres (3) años.
15. Un (1) juego de radiografías de aleta de mordida cada seis (6) meses.
16. Profilaxis, una (1) cada seis (6) meses, salvo que se especifique otra cosa en el Programa de beneficios.
17. Alargamiento de corona: una (1) por diente de manera vitalicia.
18. Realineación o rebasado de dentadura postiza: completa si es necesario dentro de los seis (6) meses de la inserción por mismo dentista. Esta limitación no se aplica a dentaduras postizas inmediatas.
19. Reajuste o rebasado posterior de la dentadura postiza: limitado a uno (1) cada treinta y seis (36) meses consecutivos, de allí en adelante.
20. La administración de sedación intravenosa o anestesia general está limitada a las extracciones cubiertas de uno o más dientes impactados (tejido blando, impactaciones de hueso parciales o totales).
21. Teleodontología: solo enfocada en el problema, inicial limitada a la evaluación y reevaluación bucal, son reportables y están cubiertas cuando se realicen por medio de métodos de teleodontología aceptables. Debe ser una forma de práctica dental aceptable en el estado de residencia del Miembro.

Matriz de divulgación de Resumen de beneficios y cobertura dentales (SDBC)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del plan: United Concordia Dental Plans of California, Inc.

Tipo de póliza: DHMO

Fecha de entrada en vigor: Inicia en o después del 10/01/1998

Nombre del producto: Concordia Plus CA 01

Teléfono del Plan: 866-357-3304

Sitio web del Plan: www.unitedconcordia.com

EL PROPÓSITO DE ESTA MATRIZ ES UTILIZARLA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ POR SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LA PRIMA DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. POR FAVOR CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y SU CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN www.unitedconcordia.com O LLAME AL 866-357-3304.

ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS NI DE PAGO.

Parte II: DEDUCIBLES

<u>Deducible</u>	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
Dental	Ninguno	No aplica
Ortodoncia	Ninguno	No aplica

- **Sin deducible.**
- Un **Deducible** es la cantidad que usted debe pagar por servicios dentales cubiertos, cada año de la póliza antes de que la aseguradora empiece a pagar por el costo del tratamiento dental cubierto.
- **Servicios dentro de la red** son los servicios de atención dental provistos por dentistas u otros proveedores de atención dental con licencia que tienen un contrato con su aseguradora por tarifas alternativas de pago por servicios dentales.

- **Servicios fuera de la red** son los servicios de atención dental provistos por dentistas u otros proveedores de atención dental con licencia que no tienen un contrato con su aseguradora por tarifas alternativas de pago.

Parte III: MÁXIMOS QUE LA PÓLIZA PAGARÁ

Máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	Ninguno	No aplica
Máximo anual o vitalicio para Ortodoncia	Ninguno	No aplica

- **Máximo anual** es la cantidad máxima en dólares que su póliza pagará por el costo de la atención dental dentro de un lapso específico, normalmente en un periodo consecutivo de 12 meses o un año calendario. No todos los servicios se acumulan para el máximo anual.
- **Máximo vitalicio** significa la cantidad máxima de dólares que la póliza que proporciona los beneficios dentales pagará durante la vida del inscrito. Los máximos vitalicios normalmente aplican a servicios específicos como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERÍODOS DE ESPERA

Períodos de espera: Un periodo de espera es el tiempo que debe pasar antes de que sea elegible para recibir los beneficios o servicios para todos o ciertos tratamientos dentales. **Sin período de espera**

Parte V: LO QUE PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguro que se muestran en esta tabla aplican después de haber alcanzado su deducible, si un deducible aplica. Los procedimientos dentales comunes se ajustan a una de las siguientes categorías aplicables: Servicios preventivos, de diagnóstico, básicos o mayores. La columna de Limitaciones y Exclusiones de Beneficios incluye solo limitaciones y exclusiones comunes. Para obtener una lista completa,

consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna Limitaciones y exclusiones de beneficios.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	limitaciones y Exclusiones de los Beneficios (Para obtener un alista completa, vea el Programa de Exclusiones y Limitaciones adjunto a la Evidencia de cobertura)
<i>Examen bucal</i>	Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	Sin cobertura	No está sujeto a ningún límite de frecuencia
<i>Radiografía de aleta de mordida</i>	Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	Sin cobertura	Un (1) juego de radiografías de aleta de mordida cada seis (6) meses.
<i>Limpieza</i>	Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	Sin cobertura	una (1) cada seis (6) meses, salvo que se especifique otra cosa en el Programa de Beneficios.
<i>Rellenos</i>	Básico	\$0	Sin cobertura	No está sujeto a ningún límite de frecuencia
<i>Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta</i>	Básico	\$0	Sin cobertura	Limitado a procedimientos médicamente necesarios
<i>Tratamiento de canales</i>	Básico	\$0	Sin cobertura	1 por diente de forma vitalicia
<i>Raspado y alisado radicular</i>	Básico	\$0	Sin cobertura	uno (1) cada período de veinticuatro (24) meses consecutivos por área de la boca

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	limitaciones y Exclusiones de los Beneficios (Para obtener un alista completa, vea el Programa de Exclusiones y Limitaciones adjunto a la Evidencia de cobertura)
<i>Corona de cerámica</i>	Mayor	\$0	Sin cobertura	No está sujeto a ningún límite de frecuencia
<i>Dentadura postiza parcial removible</i>	Mayor	\$0	Sin cobertura	No está sujeto a ningún límite de frecuencia
<i>Extracción, diente erupcionado con extracción de extracción</i>	Mayor	\$0	Sin cobertura	Limitado a procedimientos médicamente necesarios
<i>Ortodoncia</i>	Ortodoncia	\$2,000	Sin cobertura	Máximo vitalicio por miembro y sujeto al límite de edad

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO SON UN CÁLCULO DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos que se proporcionan representan los servicios utilizados comúnmente en categorías de servicios de diagnóstico y preventivos, básicos y mayores; para propósitos ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Sus costos actuales probablemente serán diferentes de los que se muestran en la siguiente tabla, dependiendo de la atención real que está recibiendo, los precios que sus proveedores cobran y muchos otros factores. Enfóquese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y el resumen de servicios que excluye este plan.

Dana tiene una cita con un nuevo dentista	Sam necesita relleno en un diente	Maria necesita una corona
Examen para paciente nuevo, radiografías (boca completa) y limpieza	Composite a base de resina, una superficie, posterior	Corona, porcelana/cerámica

Consulta de Dana	Costo de Dana	Consulta de Sam	Costo de Sam	Consulta de Maria	Costo de Maria
Costo total de la atención	Dentro de la red \$400 Fuera de la red \$550	Costo total de la atención	Dentro de la red \$150 Fuera de la red \$200	Costo total de la atención	Dentro de la red \$1,300 Fuera de la red \$1,750
Deducible	Dentro de la red \$0 Fuera de la red Sin cobertura	Deducible	Dentro de la red \$0 Fuera de la red Sin cobertura	Deducible	Dentro de la red \$0 Fuera de la red Sin cobertura
Máximo anual (El plan pagar)	Dentro de la red Ninguno Fuera de la red Sin cobertura	Máximo anual (El plan pagar)	Dentro de la red Ninguno Fuera de la red Sin cobertura	Máximo anual (El plan pagar)	Dentro de la red Ninguno Fuera de la red Sin cobertura
Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red \$0 Fuera de la red Sin cobertura	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red \$85 Fuera de la red Sin cobertura	Costo para el paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red \$0 Fuera de la red Sin cobertura
En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$500	En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si	Dentro de la red: \$85 Fuera de la red: \$200	En este ejemplo, Maria pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: \$1,750

Consulta de Dana	Costo de Dana	Consulta de Sam	Costo de Sam	Consulta de Maria	Costo de Maria
aplica):		aplica):		aplica):	
Resumen de lo que no tiene cobertura o est sujeto a las limitaciones	<p>Examen bucal no est sujeto a ning n l mite de frecuencia.</p> <p>Radiograf as de aleta de mordida un (1) juego de radiograf as de aleta de mordida cada seis (6) meses consecutivos.</p> <p>Limpieza, una (1) cada seis (6) meses consecutivos, salvo que se especifique otra cosa en el Programa de beneficios.</p> <p>Para obtener una lista completa de las exclusiones y limitaciones, vea el Programa de</p>	Resumen de lo que no tiene cobertura o est sujeto a las limitaciones	<p>No est sujeto a ning n l mite de frecuencia</p> <p>Para obtener una lista completa de las exclusiones y limitaciones, vea el Programa de Exclusiones y Limitaciones adjunto a la Evidencia de Cobertura.</p>	Resumen de lo que no tiene cobertura o est sujeto a las limitaciones	<p>No est sujeto a ning n l mite de frecuencia</p> <p>Para obtener una lista completa de las exclusiones y limitaciones, vea el Programa de Exclusiones y Limitaciones adjunto a la Evidencia de Cobertura.</p>

Consulta de Dana	Costo de Dana	Consulta de Sam	Costo de Sam	Consulta de Maria	Costo de Maria
	Exclusiones y Limitaciones adjunto a la Evidencia de Cobertura.				