

## TRANSPARENCIA EN LOS INFORMES DE COBERTURA DEL MERCADO FEDERAL DE SEGUROS DE SALUD

La Transparencia Federal en Informes de Cobertura exige que The Guardian Life Insurance Company of America y sus subsidiarias<sup>1</sup> brinden a los miembros la siguiente información general relacionada con ciertos aspectos de la cobertura en virtud de los Planes dentales calificados que se venden a través del Mercado Federal de Seguros de Salud<sup>2</sup>.

## RESPONSABILIDAD FUERA DE LA RED Y FACTURACIÓN DEL SALDO

Facturar el saldo significa que un dentista que no participa en nuestra red le factura a un miembro los cargos (que no sean copagos, coseguros ni deducibles) que superen la cantidad pagada por el costo del tratamiento.

Esto ocurre cuando los miembros reciben atención por parte de un dentista que no participa en la red del plan dental y cuando la legislación estatal nos prohíbe exigirle a un dentista de la red que acepte la cantidad aplicable del programa de tarifas.

Para todos los planes dentales, si un miembro no puede usar un dentista de la red debido a una emergencia dental o no puede acceder a un proveedor de la red debido a los horarios o la distancia, reembolsaremos el reclamo fuera de la red como un reclamo dentro de la red solo cuando la legislación estatal exija que el reembolso de beneficios se realice como si el miembro visitara a un dentista que participa en la red, y cuando el miembro no haya tenido más opción que recibir el tratamiento cubierto médicamente necesario de un proveedor fuera de la red. Todos los demás reclamos se considerarán en función de los beneficios fuera de la red del plan grupal.

Planes de proveedores preferidos: los dentistas que participan en la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) tienen prohibido facturar el saldo. Los miembros son responsables únicamente de los copagos, los coseguros o las cantidades que se aplican al deducible y cualquier cantidad no pagada hasta alcanzar la cantidad aplicable del programa de tarifas del proveedor. Los dentistas que no participan en la red pueden facturar el saldo y los miembros serán responsables de cualquier cantidad de saldo facturado.

Planes dentales de la DHMO: los dentistas y especialistas de la Organización de Mantenimiento de la Salud Dental (Dental Health Maintenance Organization, DHMO) tienen prohibido facturar el saldo. Los miembros son responsables únicamente de los cargos al paciente que figuran en su programa de beneficios.

## PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Todos los reclamos deben presentarse dentro de los 90 días a partir de la fecha en que se proporcionó un servicio o suministro dental.

### Planes de proveedores preferidos

Cuando un miembro recibe cuidado dental y tratamiento de un proveedor de la red, este proveedor nos presenta el reclamo en nombre del miembro.

Cuando un miembro recibe cuidado dental de un proveedor que no participa en la red, el proveedor puede presentarnos el reclamo como cortesía. Si un miembro necesita presentar un reclamo, puede obtener un formulario de reclamo impreso llamando al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación o visitando los siguientes enlaces:

<https://dentalexchange.guardiandirect.com/member-forms/>

[https://dentalexchange.guardiandirect.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/09/Guardian\\_Individual-Dental-Claim-Form.pdf](https://dentalexchange.guardiandirect.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/09/Guardian_Individual-Dental-Claim-Form.pdf)

El formulario de reclamo completado debe enviarse a la dirección que figura en el mismo formulario o por correo postal a la siguiente dirección:

Guardian  
PO Box 981587  
El Paso, TX 79998-1587

### Planes dentales de la DHMO

Los formularios de reclamo no son necesarios para una visita a un dentista general de la DHMO, ya que todos los servicios cubiertos se pagan en su totalidad, sujetos a un cargo al paciente. Para los servicios especializados, como los servicios cubiertos de periodoncia, endodoncia y cirugía oral, un especialista de la DHMO nos presentará un reclamo en su nombre. Se requieren formularios de reclamo para el tratamiento de ortodoncia de niños menores de 19 años.

### **PERÍODOS DE GRACIA**

#### Planes de proveedores preferidos y Planes dentales de la DHMO

Se denomina *Período de gracia* al tiempo durante el cual continuará la cobertura dental, aunque no se haya pagado la prima adeudada para el período.

Nuestros planes dentales proporcionan un *Período de gracia* de 31 días para el pago de la prima. Durante el *Período de gracia*, los reclamos se pagan hasta que finalice período de 31 días.

Después de 31 días, no se pagan reclamos a menos que se reciba el pago total de la prima adeudada. Si no se recibe el pago de la prima, la cobertura dental finalizará a partir del primer día del *Período de gracia*.

Si un miembro recibe subsidios federales para las primas, el plan dental proporciona un *Período de gracia* de 90 días. Los reclamos incurridos durante el primer mes del *Período de gracia* se procesan independientemente de si se paga o no la prima adeudada. Después del primer mes, cualquier reclamo incurrido durante el *Período de gracia* se retendrá y no se pagará. Si la prima del período requerido se paga al tercer mes o antes, cualquier reclamo pendiente se liberará para su procesamiento. Si la prima no se paga al final del tercer mes, la cobertura dental finalizará al final del primer mes del *Período de gracia*, y cualquier reclamo incurrido durante el segundo o tercer mes será responsabilidad del miembro.

### **DENEGACIONES RETROACTIVAS**

#### Planes de proveedores preferidos y Planes dentales de la DHMO

Una *denegación retroactiva* es la revocación de un reclamo previamente pagado por el cual un miembro ahora se hace responsable del pago total. Una *denegación retroactiva* puede ocurrir cuando un reclamo pagado se rechaza posteriormente debido a la falta de pago de la prima. Se puede limitar la frecuencia de las *denegaciones retroactivas* pagando la prima a tiempo.

### **RECUPERACIÓN DE SOBREPAGOS**

#### Planes de proveedores preferidos y Planes dentales de la DHMO

La *recuperación* de un sobrepago ocurre cuando un error en la facturación provoca que se pague más prima de la que realmente se requiere a fin de mantener la cobertura para el período de facturación. Si un miembro necesita obtener un reembolso de la prima debido a un sobrepago, puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

### **NECESIDAD MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PREVIA**

La *necesidad médica* se utiliza para determinar el cuidado dental y el tratamiento razonables, necesarios y apropiados en función de los estándares clínicos del cuidado dental.

Su plan dental cubrirá el tratamiento cuando cumpla con las pautas del plan dental para la cobertura. Los servicios dentales se cubren o se excluyen según los programas de códigos dentales de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) y la Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT) reconocidos por la industria y las pautas del plan dental.

#### Predeterminación para Planes de proveedores preferidos

Una *predeterminación de beneficios* es una explicación de los beneficios permitidos en virtud de la póliza dental antes de que se presten los servicios. Un miembro o proveedor pueden presentar una solicitud de *predeterminación* mediante el uso de un formulario de reclamo dental estándar. Las *predeterminaciones* pueden enviarse electrónicamente, por fax o por correo postal. Se recomienda una *predeterminación*, pero no es obligatoria, para un plan de tratamiento específico o cuando los servicios superan los \$300. Las *predeterminaciones* deben presentarse por escrito y se procesarán dentro de los 15 días hábiles a partir de su recepción (para la atención estándar) o dentro de las 24 horas (para la atención de emergencia). Las *predeterminaciones* no vencen.

Su plan dental de la PPO no requiere autorización previa para recibir los servicios dentales de la red o los cubiertos fuera de la red.

### Derivaciones para Planes dentales de la DHMO

Su plan dental de la DHMO puede requerir una derivación para recibir servicios especializados de la red. También requiere autorizaciones previas para recibir servicios cubiertos fuera de la red, excepto en el caso de una emergencia dental. Si no obtiene una derivación para recibir servicios fuera de la red, su tratamiento puede ser denegado. La autorización previa y las derivaciones se procesarán dentro de los 15 días hábiles a partir de su recepción (para la atención estándar) o dentro de las 24 horas (para la atención de emergencia).

### **EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)**

#### Planes de proveedores preferidos y Planes dentales de la DHMO

Una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) es un documento que proporcionamos después de considerar un reclamo presentado, en el cual se explica qué servicios dentales estaban cubiertos, la cantidad que nosotros pagamos y la responsabilidad financiera restante del miembro.

En las EOB se describe el tipo de atención que recibió un miembro, la fecha en que se prestó el servicio, una descripción del servicio y el código CDT que representa el tipo de servicio, el nombre y la dirección de los proveedores y el nombre del paciente. En las EOB también se indica la cantidad cobrada por el dentista y la cantidad que permitimos como un gasto dental cubierto. También se muestra cualquier cargo con descuento que un dentista haya aceptado como parte de nuestro acuerdo contratado. Su plan dental de la DHMO solo enviará una EOB cuando haya responsabilidad del miembro o cuando un especialista sea quien preste los servicios.

También se describe la responsabilidad total del paciente. Este es el saldo restante adeudado por el paciente después de aplicar el deducible, el coseguro, el máximo por año calendario/de póliza y las cantidades de cargos al paciente del plan dental del miembro. Si un miembro recibió un tipo de cuidado dental que no está cubierto por nuestro plan dental, los miembros deben pagar la cantidad total.

En las EOB se muestran los códigos correspondientes que explican por qué a un proveedor no se le pagó cierta cantidad. Estos códigos se encuentran en la parte inferior o posterior de la EOB o adjuntos a esta. Además, en la EOB se explica cómo comenzar el proceso para presentar una apelación.

### **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)**

#### Planes de proveedores preferidos y Planes dentales de la DHMO

La Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB) ocurre cuando un miembro está cubierto por uno o más planes dentales y un servicio es pagadero por dos o más de esos planes. Mediante la COB se garantiza que, entre todos los planes dentales, no se pague más del 100 % de un servicio dental cubierto.

En la COB, las reglas predefinidas determinan cuál de los planes pagará sus beneficios primero (el plan primario). Una vez que se identifica el plan primario, todos los demás planes pagan como planes secundarios. El plan primario es responsable del pago total del reclamo, a excepción de los deducibles, el coseguro, los cargos al paciente y los cargos no cubiertos. El plan secundario paga el saldo del reclamo hasta la cantidad total permitida para los servicios cubiertos.

Generalmente, un plan que cubre a una persona como empleado o como cónyuge que no trabaja es el plan primario. En el caso de los dependientes, el plan primario será el plan del progenitor cuyo cumpleaños ocurra primero en el año.

<sup>1</sup> Los planes de proveedores preferidos están suscritos por Guardian®.

<sup>1</sup> Los planes dentales de la DHMO están suscritos por Guardian®, First Commonwealth Inc. y Managed Dental Guard Inc.

<sup>2</sup> Esta información es un resumen general de algunas de las disposiciones clave de su plan dental calificado. El texto del contrato real en el folleto-certificado emitido regirá en caso de cualquier discrepancia con esta información.