

Manual de Beneficios

Sonrisas sanas. Niños sanos.



La Regence Caring Foundation for Children es una organización 501(c)(3) patrocinada y administrada por Regence. El respaldo de la Fundación lo proporciona exclusivamente Regence, de modo que el cien por ciento de los donativos se utilizan para proporcionarles atención directa a menores de bajos recursos.

¡Bienvenidos a la Regence Caring Foundation for Children!

Los dentistas, médicos y defensores de los menores están de acuerdo: Una buena salud oral es crucial para el bienestar físico y emocional de todos los niños. Ésta mejora su asistencia a la escuela, su autoestima, su desarrollo del habla y su salud general. Le permite a los niños disfrutar su niñez.

Consagrada a fortalecer la salud de nuestra comunidad, Regence se dedica a asegurar que los niños de nuestra región tengan los servicios fundamentales de atención médica y la información que necesiten para tener vidas sanas y productivas.

La Regence Caring Foundation proporciona planes de tratamientos dentales completos para niños de nuestra zona cuyas familias no pueden permitirse una cobertura privada y que no reciben ayuda del gobierno. Con frecuencia estos son los hijos de padres y madres que trabajan y que apenas ganan lo suficiente para subsistir, pero que simplemente no pueden costear los gastos adicionales del cuidado dental. Esos beneficios dentales se proporcionan sin costo alguno a las familias elegibles.

La Regence Caring Foundation es una organización 501(c)(3) patrocinada y administrada por Regence. El respaldo de la Fundación lo proporciona exclusivamente Regence, permitiendo que el 100% de todas las donaciones sean para proveer cuidado directo a niños de bajos ingresos.

Tenga la bondad de examinar este documento con cuidado y, si tiene preguntas que hacer, sírvase llamarnos al número apropiado que se indica en este folleto.

Gracias por unirse a la Regence Caring Foundation for Children y por su consagración a la buena salud.

Bienvenido



Les proporciona acceso a una buena atención dental gratuita a niños de Idaho y Utah.

Manual de Beneficios de

(Nombre del Menor)

(Nombre del Menor)

(Nombre del Menor)

(Nombre del Menor)

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIONES	2
CÓMO UTILIZAR LA REGENCE CARING FOUNDATION FOR CHILDREN	4
Datos de la Regence Caring Foundation	4
Requisitos de Elegibilidad.....	4
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	5
Elegibilidad y Recertificación	5
DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	6
¿Quién Está Cubierto?.....	6
Resumen de Beneficios	6
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS.....	8
¿Qué No se Cubre?	8
Exclusión de Reclamaciones Tardías.....	8
Rechazo de Responsabilidad	8
DISPOSICIONES GENERALES	9
Interpretación	9
Acuerdo Completo.....	9
Notificaciones.....	9
No Transferible	10
Selección de Proveedores o Instalaciones.....	10
Pago de Beneficios.....	10
Historiales Médicos.....	10
Procedimientos Legales o de Arbitraje.....	11
Rechazo de Responsabilidad	11
CÓMO Y CUÁNDO CESA LA COBERTURA	12
La Cobertura Cesa Cuando.....	12
No se Aceptan Asignaciones.....	12
Proceso de Apelaciones	13
Servicios Cubiertos.....	15
Subrogación.....	15
LLAME O ESCRIBA	16
A la Regence Caring Foundation si:	16
NOTAS PERSONALES Y NÚMEROS DE TELÉFONO	17
NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS DE DIRECCIÓN Y/O INGRESOS	19

Introducción

La Regence Caring Foundation for Children (“Caring Foundation”) es un esfuerzo cooperativo en el que participan personas con inclinaciones públicas, compañías, profesionales e instituciones de atención a la salud, con el fin de proporcionarles atención primaria de salud bucal a niños de Idaho y Utah que no cuenten con ninguna otra cobertura dental. Regence BlueCross BlueShield of Utah and Regence BlueShield of Idaho (que en lo sucesivo se denominarán como “la Compañía” o “las Compañías”) proporcionan toda la administración y el respaldo a la Fundación.

En este Manual de Beneficios se describen los beneficios que tendrá su hijo bajo el Acuerdo de la Regence Caring Foundation for Children (“Acuerdo”). Los diversos servicios cubiertos se denominan como “beneficios”.

Sujeto a las contribuciones públicas, bajo este Acuerdo se cubrirá a un menor que haya:

- Satisfecho los Requisitos de Elegibilidad,
- Solicitado una cobertura, y
- Obtenido la aprobación de la Regence Caring Foundation for Children.

El menor que haya satisfecho los tres criterios que anteceden se denomina como “menor” o “menor elegible”. El tutor legal o el padre cuyo nivel de ingresos se utilice para determinar la elegibilidad del menor y a quien se le expedirá la tarjeta de identificación del menor será “usted” o “su”.

Ningún agente ni empleado de las Compañías podrá cambiar legalmente este Acuerdo ni rechazar alguna de sus disposiciones. Cualquier cambio deberá efectuarse por medio de un anexo, endoso o enmienda que se convertirá en parte de este Acuerdo.

Definiciones

En esta sección se definen términos que poseen un significado especial. Si una palabra o frase tiene un sentido especial, comenzará con mayúscula. La palabra o frase se definirá en esta sección o en el lugar del texto en que se utilice por primera vez.

1. “Acuerdo” quiere decir el convenio establecido entre la Regence Caring Foundation y usted en interés del Menor Elegible, incluyendo las renovaciones subsiguientes de este Manual de Beneficios y cualquier endoso o anexo ejecutado por la Regence Caring Foundation y adjuntado a este Manual de Beneficios, la Tarjeta de Identificación del Menor, la solicitud de beneficios de su familia bajo la Regence Caring Foundation y cualquier otra solicitud suplementaria de beneficios de atención médica.
2. “Nivel Máximo de Beneficios” significa que cuando los Pagos de Beneficios asciendan en total a una cantidad especificada, este programa no efectuará más Pagos de Beneficios.
3. “Pago de Beneficios” es la cantidad que paga la Compañía por Servicios Cubiertos.
4. “Año de Contrato” es el período de 12 meses consecutivos, a partir de la fecha de entrada en vigor para la persona inscrita.
5. “Servicios Cubiertos” son los que se definen y describen en este Manual de Beneficios de la Regence Caring Foundation for Children.
6. “Proveedor Dental” es una persona con licencia del estado en que practique su profesión dicho Proveedor para proporcionar servicios dentales. El Proveedor Dental es independiente de la Compañía. El Proveedor Dental no es empleado ni agente de la Compañía. En consecuencia, no será responsable de los actos de la Compañía.
7. “Fecha de Entrada en Vigor” es la especificada como tal ya sea en la tarjeta de miembro del menor expedida en conexión con el Acuerdo o la confirmación por escrito de la cobertura que les envíe la Compañía a usted o al Menor.
8. “Gastos Dentales Elegibles” son la cantidad que los Proveedores Dentales Participantes han acordado aceptar como pago completo por los Servicios Cubiertos, tal y como lo determine la Compañía. Los cargos que sobrepasen los Gastos Dentales Elegibles se considerarán que no son razonables y no se reembolsarán bajo este plan. En consecuencia, todos los Pagos de Beneficios se basan en los Gastos Dentales Elegibles.

Definiciones

9. “Tarjeta de Miembro” es la que la Regence Caring Foundation proporciona para cada Menor Elegible. Contiene el número de póliza y contrato de su Menor.
10. “Médicamente Necesarios” quiere decir los productos o servicios de atención a la salud que un profesional prudente de atención médica le proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o afección, o bien, sus síntomas, de modos que:
 - Vayan de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de prácticas médicas en los Estados Unidos;
 - Sean clínicamente apropiados en lo que se refiere al tipo, frecuencia, amplitud, sitio y duración;
 - No sirvan primordialmente para conveniencia del paciente, el médico u otro proveedor de atención médica y
 - Estén cubiertos por este Contrato.

Cuando exista alguna duda o pregunta factual médica, la Necesidad Médica deberá incluir el suministro o nivel de servicio disponible que sea más apropiado para la persona de que se trate, tomando en consideración los beneficios y daños posibles para la persona y que se sepa que son eficaces. Para las intervenciones que todavía no se utilicen en forma amplia, la eficacia se deberá basar en Pruebas Científicas. Para establecer intervenciones, la eficacia se deberá basar primeramente en las Pruebas Científicas y, luego, en las normas profesionales y las opiniones de expertos.

Para los fines de esta definición, las Pruebas Científicas deberán significar estudios publicados o aceptados para su aparición en publicaciones médicas que satisfagan los requisitos reconocidos nacionalmente para los manuscritos científicos y que sometan la mayoría de sus artículos publicados a la revisión por expertos que no formen parte del personal editorial, o bien, descubrimientos, estudios o investigaciones que se lleven a cabo por y bajo los auspicios de agencias del gobierno federal e institutos federales de investigaciones reconocidos nacionalmente. Sin embargo, las pruebas científicas no deberán incluir obras literarias publicadas con revisión de colegas que se produzcan bajo el patrocinio, en forma significativa, de una compañía fabricante de productos farmacéuticos o de dispositivos médicos o un estudio simple sin otros que le sirvan de apoyo.

11. “Proveedor Dental Participante” es un profesional de la atención dental que haya firmado un Acuerdo de Proveedor Dental Participante con la Compañía para atender a un Menor Elegible.

Se le ha expedido a su Menor una Tarjeta de Miembro de la Regence Caring Foundation. Deberá presentar la Tarjeta de Miembro de su Menor siempre que reciba Servicios Cubiertos. Deberá llevarla con usted en todo momento y usarla cuando llegue al consultorio del proveedor para recibir atención.

DATOS DE LA REGENCE CARING FOUNDATION

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para la inscripción y permanecer con cobertura de la Regence Caring Foundation for Children, un Menor deberá:

- Ser soltero.
- Ser su hijo natural o adoptado legalmente o para el que sea usted el tutor legal designado por un tribunal.
- Ser miembro de una familia cuyos ingresos anuales se encuentren dentro de las “Pautas de Ingresos de la Regence Caring Foundation for Children” incluidas en la Solicitud de Inscripción del Menor en la Regence Caring Foundation.
- Ser su dependiente para fines del impuesto federal sobre la renta.
- No estar inscrito en un programa patrocinado por el gobierno, como Medicaid o CHIP, y no tener cobertura de cualquier otro plan de seguro dental privado.
- Los menores deberán tener 17 años de edad o menos.
- Ser residente de Utah o Idaho.

Responsabilidades de los Miembros

Como miembros de la Regence Caring Foundation, usted y su menor(es) tienen las siguientes responsabilidades:

- Notificarle a la Regence Caring Foundation si:
 - cambian los ingresos anuales de su familia,
 - su hijo(s) se inscribe en Medicaid o CHIP o bien
 - su hijo(s) se inscribe en otra cobertura dental
- Notificarle a la Regence Caring Foundation si cambia de dirección o se muda fuera de Utah o Idaho;
- Hacer lo posible para obtener tratamiento de un Proveedor Participante de la Regence Caring Foundation, y
- Mostrar la Tarjeta de Miembro de la Regence Caring Foundation en el consultorio del proveedor.

Nota Importante: Una vez que haya hecho una cita con un proveedor dental de la Regence Caring Foundation, tenga la bondad de hacerle saber con 24 horas de anticipación si no puede acudir. El hecho de no presentarse a una cita perjudicará la situación de inscripción de su menor y podrá dar como resultado su expulsión del programa.

Si su menor deja de ser elegible para la cobertura de la Regence Caring Foundation, deberá hacérselo saber inmediatamente a la Compañía llamando al número que aparece en la página 16 de este Manual de Beneficios o presentando el formulario de cambios de la última página de este manual.

ELEGIBILIDAD Y RECERTIFICACIÓN

La cobertura de su menor por la Regence Caring Foundation for Children estará vigente durante un Año de Contrato a partir del momento de la inscripción, a menos que cambie la situación de elegibilidad del Menor o que la Compañía(s) descontinúe los servicios de la Regence Caring Foundation.

Si no se completa el plan de tratamiento de su Menor para el final del Año de Contrato, se le requerirá que recertifique la elegibilidad de su Menor sobre la base de la Necesidad Médica. Se le pedirá información que deberá proporcionar para que el Menor pueda ser elegible para una continuación de los beneficios. El hecho de no proporcionar esta información dará como resultado la terminación de los beneficios. Se aplicará un nivel máximo de beneficios de por vida de \$2,000 por menor. Después de haber estado en el programa durante un año completo, un menor podrá solicitar un segundo año de servicios (sin tomar en consideración la necesidad médica). Ningún menor podrá permanecer inscrito en la Regence Caring Foundation durante más de dos años.

Descripción de Beneficios

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?

Los menores, desde su nacimiento hasta los 17 años de edad que vivan en familias con ingresos anuales de o por debajo del 200% del Nivel Federal de Pobreza, que no estén inscritos en un programa patrocinado por el gobierno y no tengan cobertura dental privada.

RESUMEN DE BENEFICIOS — Nivel máximo de beneficios:

\$1,000 por menor elegible para los servicios cubiertos recibidos como parte del tratamiento dental para un Año de Contrato

Cuando se reciban como parte del plan de tratamiento dental de un proveedor participante de la Regence Caring Foundation, su Menor será elegible para recibir los siguientes Servicios Cubiertos que no sobrepasen el Nivel Máximo de Beneficios:

Exámenes Bucales:

- Un examen bucal inicial completo
- Un examen bucal de seguimiento seis meses después del examen inicial, si se recibe dentro del período de inscripción de 12 meses

Radiografías:

- Radiografías de la mordida
- Radiografías periapicales

Anestesia:

- Óxido nitroso
- Anestesia general

Limpiezas:

- Una profilaxis (limpieza) por período de seis meses dentro del Año de Contrato

Fluoruro:

- Aplicación de fluoruro cuando se reciba al mismo tiempo que una limpieza

Descripción de Beneficios

SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO:

- Examen bucal (limitado a dos por miembro y por Año de Contrato);
- Radiografías dentales según se requieran, con la excepción de que las radiografías de la boca completa se limitan a una vez por período de dos años, a menos que se demuestre alguna necesidad especial para radiografías completas de la boca más frecuentes;
- Aplicación tópica de fluoruro para el Miembro del plan (limitada a dos tratamientos por Año de Contrato);
- Profilaxis, incluyendo limpieza, eliminación del sarro y pulido, con una limitación de dos por Miembro y por Año de Contrato;
- Mantenedores de espacios (fijos y desmontables); y
- Selladores, limitados a molares permanentes de Miembros de hasta 15 años de edad.

SERVICIOS DENTALES BÁSICOS:

- Empastes consistentes en amalgama de plata o a base de resina;
- Servicios de endodoncia consistentes en pulpotomía y tratamiento de canales de raíces;
- Extracciones, incluyendo las quirúrgicas, de dientes impactados;
– No un beneficio para la muela de juicio
- Anestesia con Óxido Nitroso y General, administrada al mismo tiempo que los Servicios Cubiertos, según se determine que sea necesaria;

SERVICIOS DENTALES PROSTODÓNTICOS:

- Coronas (prefabricadas de acero inoxidable, de resina prefabricada y de porcelana fundida con un metal noble)

EXCLUSIONES:

- Este plan no ofrece beneficios de Ortodoncia.

¿QUÉ NO SE CUBRE?

No se proporcionan beneficios para:

1. Servicios o suministros relacionados con la atención para pacientes internos.
2. Servicios o suministros relacionados con la atención o el tratamiento de una afección médica (atención no dental).
3. Servicios o suministros proporcionados antes de la fecha de Entrada en Vigor de la cobertura del Menor.
4. Servicios o suministros proporcionados después de la fecha de terminación de la cobertura del Menor.
5. Servicios o suministros que pague o deba pagar otro plan de atención dental, un plan de atención médica o un programa de atención médica de financiación pública, incluso cuando ni usted ni su Menor hayan solicitado beneficios bajo dicho programa de atención médica.
6. Servicios o suministros que la Compañía determine que no son Medicamento Necesarios ni apropiados.
7. Servicios o suministros proporcionados por un proveedor profesional de fuera de la red de participantes de la Regence Caring Foundation.
8. Medicamentos con receta médica.
9. Cirugía, incluyendo la oral y cualquier servicio relacionado que tenga como fin mejorar la apariencia y no la restauración de funciones corporales ni la corrección de deformidades resultantes de enfermedades, traumas, anomalías congénitas o de desarrollo o procesos terapéuticos previos (primordialmente con fines anestésicos).
10. Servicios de ortodoncia, excepto para extracciones conexas e implantes dentales o como lo apruebe la Regency Caring Foundation.
11. Servicios o suministros proporcionados para cuidados o tratamientos por disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) y procedimientos de aumento o reducción de la mandíbula inferior o la superior (cirugía ortognática).
12. Servicios o suministros por los que ni usted ni su Menor tengan obligaciones legales de pago a falta de ésta o cualquier otra cobertura similar.
13. Servicios o suministros recibidos por un miembro de la familia inmediata del Menor.
14. Cargos que excedan los gastos dentales elegibles.
15. Cualquier otro tratamiento dental no incluido en la sección titulada “Descripción de Beneficios” de este Manual de Beneficios.

EXCLUSIÓN DE RECLAMACIONES TARDÍAS

No se proporcionarán beneficios bajo este Acuerdo en relación a cualquier reclamo que no se reciba en la Compañía dentro del plazo de un año a partir de la fecha en que se le proporcionaron al Menor los Servicios Cubiertos.

RECHAZO DE RESPONSABILIDAD

NO SE CONSIDERARÁ COMO BENEFICIO CUBIERTO NINGÚN SERVICIO QUE NO SEA PREVISTO ESPECÍFICAMENTE EN EL ACUERDO.

INTERPRETACIÓN

El Acuerdo se regirá y deberá interpretarse de conformidad con las leyes de los estados de Idaho y Utah. Cuando las leyes o su interpretación cambien con el tiempo, la administración de beneficios para reclamos por otra parte idénticas podrá diferir, excepto cuando dicho cambio se haga específicamente retroactivo. Cuando no esté directamente en conflicto con las leyes de ambos estados, el Acuerdo se interpretará de conformidad con las normas y regulaciones de la Regence Caring Foundation en vigor al momento de la interpretación. Siempre que lo requiera el contexto, el singular deberá incluir el plural, el plural al singular y el conjunto a cualquiera de sus partes, además de que cualquiera de los géneros abarcará a los dos. Los subtítulos que preceden ciertas partes del Acuerdo son sólo para consulta y no deberán afectar de modo alguno la forma en que se pueda interpretar cualquiera de las disposiciones aquí contenidas.

ACUERDO COMPLETO

El Acuerdo establece todo el convenio entre las partes en relación a su asunto primordial, y sustituye y cancela todos los acuerdos de servicios de salud proporcionados hasta la fecha a usted o a su Menor por la Regence Caring Foundation. Ninguna modificación ni adición del Acuerdo será obligatoria para la Regence Caring Foundation a menos que se establezca en un anexo o endoso debidamente expedido por la Regence Caring Foundation y firmado por sus dirigentes correctamente autorizados.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación para usted o el Menor que se prevea en el Acuerdo se considerará que se ha proporcionado y recibido por usted o el Menor cuando se deposite en el Correo de los Estados Unidos con el franqueo postal de primera clase pagado al avance y dirigido a usted o el Menor al domicilio que aparezca con ese fin en los registros de la Regence Caring Foundation. Cualquier notificación para la Regence Caring Foundation que se prevea en el Acuerdo se podrá entregar por correo, dirigida en Utah a la Regence Caring Foundation for Children, P.O. Box 25185, Salt Lake City, Utah 84125, o bien, en Idaho, a la Regence Caring Foundation for Children, P.O. Box 2560, Boise, Idaho 83701; no obstante, se hace la salvedad de que cualquier notificación para la Regence Caring Foundation no se podrá considerar que se ha entregado y que la ha recibido dicha fundación hasta que la reciba físicamente la empresa mencionada.

NO TRANSFERIBLE

Ninguna persona que no sea el Menor inscrito tendrá derecho a beneficios de cualquier clase al amparo del Acuerdo. Los beneficios no son transferibles y los Pagos de dichos Beneficios no son asignables y se perderán en el caso de que usted o su Menor traten de transferirlos o cederlos, o bien contribuyan o traten de ayudar a cualquier otra persona para obtener beneficios por ese concepto. Cualquier cesión intentada ya sea de beneficios o de los Pagos correspondientes se considerará nula y sin valor.

SELECCIÓN DE PROVEEDORES O INSTALACIONES

Para que los servicios queden bajo la cobertura de la Regence Caring Foundation for Children, su hijo(s) deberá ver a los proveedores participantes de la Regence Caring Foundation. La Compañía ha establecido contratos con proveedores de su estado de residencia para proporcionar servicios cubiertos para la Regence Caring Foundation. Tenga la bondad de consultar la lista de proveedores participantes de la Regence Caring Foundation al escoger al profesional que vaya a prestarle un servicio.

Nota importante: Una vez que haya hecho una cita con un proveedor de la Regence Caring Foundation, tenga la bondad de informarle con 24 horas de anticipación si no le va a ser posible acudir a ella. El hecho de no presentarse a una cita puede ser perjudicial para el estado de inscripción de su Menor en la Regence Caring Foundation.

PAGO DE BENEFICIOS

El Pago de los Beneficios efectuado por Regence Caring Foundation a nombre suyo o de su Menor, como beneficios bajo el Acuerdo, se le entregará directamente al Proveedor Participante de la Regence Caring Foundation.

HISTORIALES MÉDICOS

La Regence Caring Foundation tendrá derecho a pedir y recibir, como condición precedente a la responsabilidad por cualquier beneficio que se proporcione al amparo de este Acuerdo, historiales médicos o/y dentales relativos a los cuidados y tratamientos de cualquier Menor que reclame beneficios bajo el Acuerdo. Al aceptar el Acuerdo o solicitar beneficios a su amparo, usted y su Menor autorizan plenamente, habilitan y le ordenan al Proveedor Dental u otra persona u organización para que le proporcione a la Regence Caring Foundation todos los informes completos y los historiales médicos completos con prontitud, cuando así lo solicite la Regence Caring Foundation.

PROCEDIMIENTOS LEGALES O DE ARBITRAJE

En caso de que se produzca cualquier disputa respecto a la responsabilidad por beneficios que se convierta en objeto de algún procedimiento de arbitraje o legal, usted y su Menor por sí mismo y sus representantes personales renuncian expresamente por este conducto a los privilegios y beneficios de todas las reglas y leyes que estén en vigor en la actualidad o se establezcan o promulguen más adelante en lo que se refiere a la descalificación de cualquier médico, enfermera, dirigente o empleado de hospitales o cualquier otra persona u organización que proporcione acomodos, suministros o servicios médicos, para dar testimonio relativo a cualquier información obtenida por dichas personas u organizaciones en sus funciones profesionales o en otras que hagan que dicha información o dichos conocimientos sean de índole privilegiada y usted y cada Menor por sí mismo y sus representantes personales autorizan expresamente por este conducto y piden a tales médicos, enfermeras, dirigentes o empleados de hospitales u otras personas u organizaciones que hagan una revelación completa en los procedimientos legales concernientes a la responsabilidad de la Regence Caring Foundation por tales beneficios.

RECHAZO DE RESPONSABILIDAD

Ni la falta ni el retraso por parte de alguna de las partes de este Acuerdo para ejercer cualquier derecho, poder o privilegio a su amparo se deberá considerar como una renuncia al mismo y ningún ejercicio parcial o singular de cualquiera de esos derechos, poderes o privilegios impedirá que vuelvan a ejercerse en el futuro ni tampoco el ejercicio de cualquier otros derechos, poderes o privilegios. No se considerará que la Regence Caring Foundation haya renunciado a ninguna de las disposiciones del Acuerdo a menos que dicha renuncia se haga por escrito con la firma de un dirigente debidamente autorizado de la Regence Caring Foundation.

LA COBERTURA CESA CUANDO

1. Un Menor no satisface ya los requisitos de elegibilidad para la Regence Caring Foundation. La cobertura de su Menor estará en vigor durante un año. Para contar con un segundo año de cobertura, deberá volver a certificar la elegibilidad de su Menor sobre la base de la necesidad médica, tal y como se determine por mediación de su Proveedor Dental. La cobertura del Menor concluirá una vez que deje de ser elegible para ella.
2. La continuación de la Regence Caring Foundation depende del financiamiento apropiado de los contribuyentes que sostienen dicha Fundación. Ésta última no está garantizada en ausencia de contribuciones adecuadas para su respaldo. Si resulta necesario que la Regence Caring Foundation discontinúe la cobertura de su Menor debido a una falta de contribuciones, se le proporcionará una notificación al menos con 30 días de anticipación a la terminación.
3. La Compañía tiene derecho a dar por nula la cobertura de cualquier Menor Elegible cuando exista alguna conducta fraudulenta relacionada con reclamaciones o solicitudes de cobertura bajo la Regence Caring Foundation, según lo determine la Compañía. Además de cualquier otro remedio a disposición de la Compañía bajo las leyes o en equidad, la Compañía tendrá derecho a recuperar todos los beneficios pagados a su Menor más la cantidad de prima proporcionada a nombre de su Menor si la Compañía determina que ha falsificado la solicitud de beneficios de su Menor bajo la Regence Caring Foundation o si ha actuado de modo fraudulento para obtener beneficios al amparo de este Acuerdo.

NO SE ACEPTAN ASIGNACIONES

Los beneficios del Acuerdo son personales para usted y su Menor. Todos los pagos por Servicios Cubiertos que proporcione un Proveedor Dental Participante de la Regence Caring Foundation se efectuarán directamente al proveedor que preste los servicios de que se trate. Ni los beneficios ni los pagos correspondientes son asignables ni transferibles por usted ni su Menor, en forma total ni parcial, a ninguna persona, empresa ni entidad. Cualquier intento de asignar beneficios o sus pagos correspondientes se considerará nulo y sin valor.

PROCESO DE APELACIONES

El Proceso de Apelaciones disponible para usted con el fin de resolver cualquier queja o protesta respecto a cualquier rechazo de un reclamo u otra acción emprendida por la Compañía, incluye un proceso estándar de dos niveles con otros dos niveles adicionales. Además, si usted o su médico consideran que una decisión tomada por la administración de utilización negando la autorización previa de un servicio es perjudicial para su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo, podrá solicitar una apelación expedita. Cuando se inicia uno de estos tipos de apelación, se proporcionará una descripción completa del proceso de apelación expedita.

PRIMER NIVEL – Cumplimiento, Queja y Reconsideración

Usted podrá iniciar una apelación por medio de una petición ya sea oral o por escrito. Las solicitudes de apelaciones por escrito se deberán enviar por correo al Coordinador de Apelaciones (Appeal Coordinator), en Utah a Regence BlueCross BlueShield of Utah, P.O. Box 30270, Salt Lake City, Utah, 84130-0270, o bien, en Idaho, a Regence BlueShield of Idaho, P.O. Box 1106, Lewiston, Idaho 83501. Las peticiones orales se podrán llevar a cabo llamando al Departamento de Servicio al Cliente, en Utah al teléfono 1 (800) 772-KIDS (5437), o bien, en Idaho, al 1 (800) 632-2022. Dentro de cinco (5) días hábiles o siete (7) días naturales a partir de la solicitud de apelación, la Administración de Beneficios enviará información para describir todo el Proceso de Apelaciones y sus derechos. La reconsideración es una revisión llevada a cabo por la Administración de Beneficios.

SEGUNDO NIVEL – Apelación Interna

Si no está de acuerdo con la decisión tomada en la Reconsideración, usted podrá solicitar otra apelación al “Segundo Nivel – Apelación Interna”. La solicitud de apelación se deberá hacer en forma oral o por escrito dentro de un plazo de 180 días después de que reciba notificación de la decisión en el “Primer Nivel – Cumplimiento, Queja y Reconsideración”. El hecho de no solicitar una apelación de “Segundo Nivel – Apelación Interna” dentro de este período pondrá fin a su derecho a seguir apelando contra la decisión de que se trate. La solicitud de apelación, incluyendo comentarios o datos adicionales, se deberá enviar por correo al Coordinador de Apelaciones (Appeal Coordinator), en Utah a Regence BlueCross BlueShield of Utah, P.O. Box 25185, Salt Lake City, Utah 84125, o bien, en Idaho, a Regence BlueShield of Idaho, P.O. Box 1106, Lewiston, Idaho 83501. Dentro de los siete (7) días siguientes a la solicitud de Apelación Interna, el Coordinador de Apelaciones enviará información para describir todo el Proceso de Apelaciones y sus derechos. La Apelación Interna es una revisión por un grupo que consiste en el Coordinador de Apelaciones, un médico del Departamento de Servicios Médicos de la Compañía y otro dirigente de la empresa. A usted o su representante se le dará una oportunidad razonable para participar y/o proporcionar datos por escrito.

TERCER NIVEL OPCIONAL – Apelación Externa

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna, podrá solicitar una apelación adicional de “Tercer Nivel Opcional – Apelación Externa”. La solicitud para ello se deberá hacer oralmente o por escrito dentro de un plazo de 180 días siguientes a la recepción del aviso de la decisión del “Segundo Nivel – Apelación Interna”. La solicitud de apelación, incluyendo cualquier comentario o datos adicionales, se deberá enviar por correo al Coordinador de Apelaciones (Appeal Coordinator), a Regence BlueCross BlueShield of Utah, P.O. Box 25285, Salt Lake City, Utah, 84125, o bien, en Idaho, a Regence BlueShield of Idaho, P.O. Box 1106, Lewiston, Idaho 83501. La apelación externa la organizará el Coordinador de Apelaciones, mientras que la decisión la tomará una Organización Revisora Independiente (Independent Review Organization, IRO por sus siglas en inglés). La IRO es una organización independiente de revisores médicos que es imparcial, independiente y no está controlada por la Compañía. En un plazo de cinco (5) días después de la solicitud de Apelación Externa, el Coordinador de Apelaciones enviará información que describa todo el Proceso de Apelación del Inscrito y sus derechos.

CUARTO NIVEL OPCIONAL – Arbitraje

Hay disponible un arbitraje voluntario como nivel de apelaciones para alguna disputa que tenga usted con la Compañía. Todos los demás niveles (no opcionales) de este Proceso de Apelaciones se deberán agotar antes de que esté disponible el arbitraje. La elección de un arbitraje como nivel final para la resolución de tales disputas será obligatoria de conformidad con las reglas apropiadas de la Asociación Estadounidense de Arbitrajes (American Arbitration Association) y es posible obtener una copia de las mismas cuando se le solicite a la Compañía o a la oficina local de la Asociación Estadounidense de Arbitrajes. El Coordinador de Apelaciones podrá asistirle con procedimientos para iniciar y participar en un arbitraje.

Se pueden utilizar otros foros en lugar de un arbitraje como nivel final de apelaciones para resolver una disputa que usted tenga con la Compañía, incluyendo entre otros, acciones civiles bajo la sección 502(a) o ERISA, cuando sea aplicable.

SERVICIOS CUBIERTOS

La Regence Caring Foundation for Children es un programa de beneficios de cuidados dentales primarios y de prevención. No se proporciona cobertura como paciente interno. No se proporciona atención ni tratamiento para ninguna afección médica. Los servicios cubiertos se indican en las páginas de introducción y en la sección de “Descripción de Beneficios” de este Manual de Beneficios. Los cargos por cualquier servicio no cubierto por la Regence Caring Foundation for Children quedarán bajo su responsabilidad.

SUBROGACIÓN

Si su Menor recibe cualquier atención dental por la que sea responsable otra persona o entidad, el costo de la atención dental quedará a cargo de la persona o entidad responsable. El proceso de cobrar costos en esas situaciones se denomina subrogación. Es un método para asegurarse de que los gastos de la atención dental queden a cargo de la persona o la compañía de seguros apropiada.

La subrogación no afecta su cobertura de beneficios porque el proceso se inicia por lo común después de que se efectúa el pago de los servicios cubiertos. La Regence Caring Foundation deberá tener derecho, hasta la cantidad de beneficios pagados al amparo de este Acuerdo en lo que se refiere a dicha atención dental, a las recaudaciones de cualquier acuerdo de componenda o juicio que dé como resultado una recuperación de un tercero, tanto si la cuenta del Menor se liquida completamente mediante la recuperación como si no es así y si dicha recuperación incluye o no cualquier cantidad (en total o en parte) por servicios o suministros cubiertos por el Acuerdo. La Regence Caring Foundation tiene derecho a recuperar su gravamen de cualquier recuperación que obtenga el Menor o su familia en relación a la atención dental, incluyendo, entre otras cosas, cualquier componenda, juicio o recuperación de cobertura de automóvil subasegurada o carente de seguro, coberturas de propietarios de viviendas o instalaciones comerciales o cualquier otro tipo de cobertura de seguros de responsabilidad civil que puedan poseer el Menor o su familia. El gravamen de la Regence Caring Foundation se calculará sobre la base de las reclamaciones que se hagan antes o en la fecha de la componenda o el juicio, a menos que las partes acuerden algo diferente. Si así lo requiere la Regence Caring Foundation, usted deberá mantener los derechos de recuperación contra la otra parte en fideicomiso para la Regence Caring Foundation hasta llegar a la cantidad de beneficios pagados al amparo de este Acuerdo en relación a la lesión de que se trate.

Llame o Escriba

A LA REGENCE CARING FOUNDATION SI:

- Los ingresos anuales de su familia aumentan por encima de la cantidad indicada en su solicitud de beneficios de la Regence Caring Foundation.
- Su Menor llega a tener derecho a la ayuda del gobierno (o sea, Medicaid o CHIP).
- Cambia de domicilio.
- Se muda fuera del estado en el que reside en la actualidad.
- Tiene preguntas sobre beneficios de atención a la salud dental.
- Enfrenta algún problema con algún aspecto relacionado a la Fundación.

Si tiene preocupaciones sobre algún reclamo de su Menor o si necesita hablar con un representante del Departamento de Servicio al Cliente, podrá llamar, en Utah, al teléfono 1 (800) 772-KIDS (5437), o bien, en Idaho, al 1 (800) 632-2022.

Si tiene preguntas administrativas sobre la inscripción en la Fundación o la elegibilidad de su Menor, siéntase con toda libertad para llamar a la Regence Caring Foundation for Children al teléfono 1 (888) 859-KIDS (5437).

ESCRÍBANOS A:

The Regence Caring Foundation for Children

(En Utah) P.O. Box 25185, Salt Lake City, Utah 84125

(En Idaho) P.O. Box 2560, Boise, Idaho 83701

Notificación de Cambios de Dirección y/o Ingresos

En el caso de que usted y su familia se muden a otro domicilio o si aumentan sus ingresos familiares, tenga la bondad de llenar este formulario y enviarlo por correo a:

Regence Caring Foundation for Children
(En Utah) P.O. Box 25185, Salt Lake City, Utah 84125
(En Idaho) P.O. Box 2560, Boise, Idaho 83701

Nombre del Padre o Madre: _____

Dirección Antigua: _____

Nombre del Hijo

Número de Seguro Social

Nueva Dirección: _____

Nuevo Teléfono: (____) _____

Nuevos ingresos anuales de la familia: \$ _____



Regence



Regence

Regence Caring Foundation for Children

En Utah – P.O. Box 25185, Salt Lake City, UT 84125
Para preguntas con relación a la inscripción o la elegibilidad: 1 (888) 589-KIDS (5437)
Para preguntas con relación a facturas: 1 (800) 772-KIDS (5437)

En Idaho – P.O. Box 2560, Boise, ID 83701
Para preguntas con relación a la inscripción o la elegibilidad: 1 (866) 938-0084
Para preguntas con relación a facturas: 1 (800) 632-2022

www.caringfoundationforchildren.org