

# Manual para el afiliado

Febrero 2015



DentaQuest



## DentaQuest CoverKids

¿Necesita ayuda en otro idioma? **العربية** (árabe);

**Bosanski** (bosnio); **کوردی — بادینانی** (kurdo

**badinani)**; **سۆرانی — کوردی** (kurdo sorani);

**Soomaali** (somali); **Español** (español); **Người Việt** (vietnamita)

Los servicios de idiomas y los servicios para miembros de CoverKids son gratuitos en 1-855-291-3766, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST. Para TTY, llame al 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566. Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Según estas, se prohíbe que se trate a una persona de manera diferente por su: raza, idioma, sexo, edad, color, lugar de nacimiento, religión o discapacidad. ¿Necesita ayuda? Llame a la Oficina de Cumplimiento de la No Discriminación de forma gratuita al 1-855-286-9085. Para TTY, marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-855-286-9085.



## ¿Qué es CoverKids?

CoverKids es el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) de Tennessee. Este plan es para niños que están en el programa CoverKids. Las reglas del programa tienen el objetivo de ayudar a los niños a mantenerse saludables.

## ¿Quién es DentaQuest?

DentaQuest trabaja con CoverKids para asegurarse de que el plan odontológico funcione bien. DentaQuest trabajará con usted para asegurarse de que reciba la atención odontológica que necesita. Podemos responderle cualquier pregunta sobre su plan odontológico.

Nuestro número de teléfono es **1-888-291-3766**.

## Números de teléfono GRATIS para llamar si necesita ayuda:

Servicio de Atención al Cliente: 1-888-291-3766

TTY/TDD: 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.

Fraudes y uso inadecuado o quejas: 1-888-291-3766

Ayuda en caso de tener un dominio limitado del inglés (LEP): 1-888-291-3766

## Dónde obtener un manual en español.

¿Necesita un manual de CoverKids Program en español? Para conseguir un manual en español, llame a DentaQuest al (888) 291-3766 sin cargo.

## Garantía de no discriminación

Nadie será tratado de forma diferente por su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad o discapacidad. ¿Cree que ha sido tratado injustamente? ¿Tiene alguna otra pregunta? ¿Necesita más ayuda?

Puede llamar sin cargo al: **1-888-291-3766**.

## Cómo usar este manual

Cómo obtener ayuda gratuita con el idioma durante las visitas de atención médica. Atención al Cliente: 1-888-291-3766 o TDD/TTY: 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.

Si el inglés no es su lengua materna, puede solicitar que haya un intérprete cuando vaya a recibir su atención médica. Este es un servicio gratuito. Llámenos a nosotros o a su proveedor antes de su cita para que alguien pueda ayudarlo con los servicios de idiomas. También puede consultar el directorio de proveedores de DentaQuest para buscar médicos que hablen otros idiomas. También puede hacer esto en línea en [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com). Podemos proporcionarle un intérprete para que hable con usted por teléfono. Si tiene problemas auditivos o del lenguaje, puede comunicarse con nosotros mediante TTY o TDD. TTY/TDD: 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.

Este manual contiene toda la información de su plan odontológico. Le indica qué debe hacer para programar una cita. Le informa qué cubre su plan odontológico. Le proporciona números de teléfono para que obtenga más información. Todo lo que debe saber sobre su programa odontológico está en este manual.

Tiene derecho a recibir este manual en:

- Audio
- Braille
- Letra más grande
- Otros idiomas

## Índice de contenidos

Inscripción .....	5
Cobertura.....	5
Cómo obtener una lista de los proveedores de DentaQuest.....	6
La salud bucal importa .....	6
Afiliados hasta de 18 años .....	7
Citas con el dentista .....	8
En el consultorio del dentista.....	8
Servicios de emergencia .....	8
Beneficios de ortodoncia .....	9
Derechos de los afiliados .....	9
Responsabilidades de los afiliados .....	10
Fraude y uso inadecuado.....	11
Aviso de trato justo .....	12
Cómo presentar una queja por discriminación.....	14
Acuerdo para divulgar información.....	20
Quejas y apelaciones .....	22
Revisión estatal informal .....	23
Formulario de apelación CoverKids .....	26
Preguntas .....	28
Copagos .....	28
Gastos máximos de su bolsillo.....	28
Cómo encontrar un dentista .....	29
Anexo A: Cronograma de beneficios. Grupo I.....	30
Anexo A: Cronograma de beneficios. Grupo II.....	32
Anexo A: Cronograma de beneficios. Grupo AI/AN.....	34

## Inscripción

Se adjunta a este manual una carta de bienvenida y una tarjeta de identificación (ID) de DentaQuest CoverKids para su atención odontológica. Es muy importante guardar esta tarjeta en un lugar seguro y no perderla. Deberá llevar esta tarjeta con usted cada vez que visite al dentista. La ley prohíbe que otra persona utilice su tarjeta de identificación de DentaQuest CoverKids. Si su tarjeta se pierde, sufre daños o se la roban, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de DentaQuest CoverKids al **1-888-291-3766** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora estándar del centro, o bien visite el sitio web en **[www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com)**. Cuando reciba su tarjeta de identificación, antes de buscar atención odontológica llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar cuándo comenzarán sus beneficios odontológicos de CoverKids, o bien consulte la carta de aprobación de CoverKids, la cual tendrá esa información. **Los servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia no estarán cubiertos.**

Si su inscripción en CoverKids finaliza, se le informará por carta que usted ya no está cubierto por el plan de salud de CoverKids. Esto también significa que ya no está cubierto por DentaQuest para servicios odontológicos. **La fecha que figura en la carta será el último día de cobertura en CoverKids. CoverKids no pagará ningún servicio recibido después de la fecha de terminación que figura en la carta. Usted deberá pagar todos los servicios recibidos después de dicha fecha.**

## Cobertura

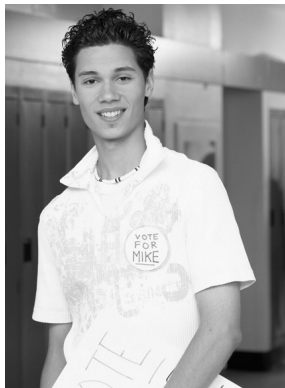
Algunos servicios necesitarán la aprobación de DentaQuest antes de que pueda recibirlos. No será válida una aprobación que obtenga de un plan que no esté en el programa CoverKids. CoverKids solamente cubrirá servicios que usted necesite para permanecer saludable.

Es posible que su dentista le indique que necesita recibir ciertos servicios odontológicos. Hable con su dentista antes de recibir estos servicios para estar completamente informado acerca del importe que quizás deba pagar. Su dentista consultará el Manual de referencia del consultorio de CoverKids y le informará si usted debe pagar servicios que no estén cubiertos por CoverKids.



## Cómo obtener una lista de los proveedores de la red de DentaQuest

El dentista y los lugares donde se brinda atención odontológica para DentaQuest forman la red de proveedores. Todos estos proveedores se detallan en el Directorio de proveedores. Este manual contiene una lista de proveedores actual dentro de su área de código postal pero se pueden producir cambios en la participación de los dentistas en cualquier momento. Antes de programar una cita o de recibir servicios odontológicos, asegúrese de que el dentista sea aún un proveedor de DentaQuest CoverKids.



Puede encontrar una lista completa de todos los proveedores participantes y proveedores en su área en línea, en [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com) o puede llamarnos al **1-888-291-3766** para obtener ayuda para encontrar un odontólogo.

## La salud bucal importa

Trabajamos en conjunto para mejorar su salud bucal.

**LA BUENA SALUD BUCAL PARA LOS BEBÉS Y LOS NIÑOS PEQUEÑOS EMPIEZA TEMPRANO.**

## Consejos útiles para el cepillado

Incluso antes de que a su bebé le salgan los dientes, debe limpiarle las encías con un paño húmedo después de las comidas y antes de irse a dormir. Su dentista puede mostrarle cómo hacerlo.

Los dientes de leche son importantes y una vez que aparecen, debe limpiarlos con un cepillo con cerdas suaves (sin dentífrico) después de las comidas y antes de ir a dormir.

Es conveniente quitarle el chupete y el biberón a su hijo entre los 9 y los 12 meses de edad.

## Consejos útiles para dormir

No haga dormir a su bebé con un biberón porque este provoca deterioro de los dientes que causa dolor e infección. En cambio, pruebe uno de estos métodos:

- Ofrézcale una manta o su juguete favorito.
- Bañe al bebé con agua tibia.
- Haga dormir al bebé meciéndolo.
- Como último recurso, ponga ÚNICAMENTE AGUA en el biberón.

Es posible que el niño llore de 3 a 7 noches antes de que deje el hábito del biberón para irse a dormir.

Comenzar con la atención odontológica regular lo antes posible beneficia la salud de su hijo. La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (American Academy of Pediatric Dentistry) recomienda que los niños visiten un consultorio odontológico de cabecera y que realicen su primer control con el dentista al cumplir el primer año, si es posible.

Un consultorio odontológico de cabecera es un dentista al que su hijo visita regularmente cada seis meses para controles. Este dentista le brindará atención a su hijo, le proporcionará los servicios odontológicos que este necesite y siempre estará disponible para atenderlo. Por lo tanto, ¡no espere! Encuentre un dentista de CoverKids en su comunidad hoy y un consultorio odontológico de cabecera para su hijo.

### **Recuerde que un consultorio odontológico de cabecera le brinda a su hijo:**

- atención odontológica completa y un plan odontológico diseñado para su hijo;
- orientación acerca del crecimiento, el desarrollo y la alimentación
- indicaciones para cuidar correctamente los dientes de su hijo

Si necesita ayuda para encontrar un dentista y cuenta con CoverKids, llame a DentaQuest Servicio de Atención al Cliente: **1-888-291-3766**

O bien visite nuestro **sitio web [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com)**

### **Afiliados de hasta 18 años**

Los afiliados de CoverKids hasta los 18 años de edad tienen cobertura de muchos servicios en el programa CoverKids. Consulte las tablas de beneficios en las páginas 30 a 35 para obtener una lista completa de servicios y detalles de servicios. Se realizarán exámenes para verificar si se necesitan otros servicios. Algunos de los servicios disponibles para usted incluyen los siguientes:

- Limpiezas: 2 por año calendario.
- Radiografías: aleta de mordida (2 años de edad y mayores), 1 por año calendario
- Radiografías de boca completa, 1 cada 3 años calendario
- Coronas (algunas fundas)
- Tratamientos de conducto radicular
- Anestesia: proporcionada únicamente cuando esté médicamente indicada
- Selladores: proporcionados únicamente para los molares permanentes, sin límite
- Mantenedores de espacio
- Empastes
- Extracciones (sacarse dientes)
- Atención de enfermedades bucales

Consulte las tablas de beneficios en las páginas 30 a 35 para obtener una lista completa de los servicios y los detalles de servicios que tiene a su disposición.

## **Citas con el dentista**

Su consultorio odontológico de cabecera es el principal lugar donde acude para recibir atención odontológica. En DentaQuest, irá a un consultorio odontológico de cabecera para recibir atención odontológica. En un consultorio odontológico de cabecera, hay un dentista al que su hijo visita con regularidad. Este dentista le brindará atención a su hijo y le proporcionará los servicios odontológicos que este necesite.

### **Cuando llame al dentista, deberá tener preparado lo siguiente:**

- Bolígrafo o lápiz
- Su tarjeta de identificación
- El almanaque

Cuando llame al consultorio del dentista, mencione que es afiliado de CoverKids. Explique que quisiera programar una cita con el dentista. Decida qué fechas y horarios son mejores para usted. Escriba la fecha y la hora de la cita en su almanaque. Cuando llegue la fecha de la cita, simplemente concurra al consultorio del dentista. Así de simple. Si antes lo atendía otro dentista, pídale al dentista anterior que le envíe sus registros odontológicos al nuevo dentista. Si no puede cumplir con la cita programada, llame al consultorio del dentista para avisar que no irá y para reprogramar la cita.

### **En el consultorio del dentista**

Cuando vaya al consultorio del dentista, debe llevar su tarjeta de identificación de DentaQuest CoverKids. Simplemente muéstrele su tarjeta de identificación al recepcionista. El dentista lo atenderá en breve. El dentista puede darle consejos útiles sobre cómo cuidar su salud.

### **Servicios de emergencia**

Su hijo también puede acudir a un dentista de DentaQuest ante una emergencia. Pregúntele a su dentista cómo comunicarse en esos casos. El dentista quizá tenga un número de teléfono diferente para llamarlo en caso de emergencia. Se cubren cuatro servicios de emergencia por año: dos consultas durante el horario de atención y dos consultas después del horario de atención si las realiza un dentista que participe en la red de CoverKids. Si usted consulta a un dentista fuera de la red, pueden facturarle los servicios.

Si en una verdadera emergencia, usted recibe servicios de un proveedor fuera de la red, este puede o no presentar una reclamación de pago por usted. Si le cobran o si recibe una factura, debe enviar una reclamación para que consideren darle los beneficios. Debe enviar la reclamación en el plazo de 120 días calendario posteriores a la fecha en la que recibió el servicio. Si no lo envía en el plazo de 120 días calendario, la reclamación no se tendrá en cuenta.

Si tiene una emergencia, puede llamar a DentaQuest en cualquier momento del día o de la noche. Aquí siempre hay alguien que puede ayudarlo a recibir tratamiento de emergencia. Llámenos al: **1-888-291-3766**.



## **Beneficios de ortodoncia**

Para reunir los requisitos para esta cobertura de ortodoncia adicional, debe haber estado inscrito continuamente en CoverKids durante todo un año (12 meses). Por ejemplo, si la inscripción de su hijo entró en vigencia en CoverKids el 1 de mayo de 2014 y no ha tenido períodos sin cobertura durante todo un año (12 meses = 365 días), entonces reunirá los requisitos para los beneficios de ortodoncia el 1 de junio de 2015.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de ortodoncia, llame al Servicio de Atención al Cliente de DentaQuest CoverKids al **1-888-291-3766**. El límite máximo de por vida para ortodoncia es de \$1,250 y no se aplica al costo compartido familiar de cinco por ciento (5%) del límite anual de \$1,000.

## **Derechos de los afiliados**

### **Conozca sus derechos**

Como afiliado del programa CoverKids, usted tiene derechos. Hay leyes que protegen su privacidad. Según ellas, no podemos divulgar ciertos datos sobre usted. Lea más acerca de sus derechos de privacidad en la siguiente sección.

### **Tiene derecho a lo siguiente:**

- Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad. Tiene derecho a la privacidad y a que su información odontológica, médica y financiera se trate con privacidad.
- Saber sobre DentaQuest, CoverKids y su dentista.
- Pedir y recibir información sobre DentaQuest, sus políticas, sus servicios, su programa de calidad, sus proveedores de atención, y los derechos y las obligaciones de los afiliados.
- Poder elegir un proveedor de atención odontológica del directorio de CoverKids.
- Rechazar la atención de un dentista en particular.
- Recibir información sobre CoverKids y los servicios que tiene a su disposición.
- Tomar decisiones sobre su atención odontológica.
- Presentar una reclamación o una apelación sobre DentaQuest o un proveedor de atención odontológica.
- Tener acceso a sus registros odontológicos. Pedir y recibir información sobre sus registros odontológicos conforme a lo que indican las leyes federales y estatales, obtener copias de sus registros odontológicos, y pedir que los corrijan en caso de que tengan errores.

- No ser discriminado por el proveedor de atención médica por razones de edad, sexo, raza, discapacidad física o mental, nacionalidad de origen, origen étnico, religión, orientación sexual e información genética, origen o tipo de pago, grado de enfermedad o estado de salud.
- Abandonar voluntariamente el programa CoverKids incluso si reúne los requisitos para los beneficios. Puede hacer esto si se comunica con el Contratista para Elegibilidad de CoverKids al teléfono 1-866-620-8864.
- Mantener su información de salud en privado, conforme a las leyes estatales y federales.
- Recibir notificación de los cambios en los servicios o información si su dentista ya no participa en CoverKids.

### **Responsabilidades del afiliado**

Como afiliado del programa CoverKids, hay algunas cosas que debe hacer. Usted es responsable de:

- Utilizar el programa odontológico CoverKids.
- Programar citas y recibir servicios odontológicos de un proveedor de la red de DentaQuest CoverKids.
- Conocer, entender y acatar los términos y condiciones de este manual.
- Escuchar al dentista.
- Cuidar sus dientes.
- Programar citas y cumplir con ellas.
- Cancelar lo antes posible las citas a las que no pueda asistir.
- Pagar sus copagos.
- Asegurarse de que usted sea la única persona que utiliza su tarjeta de identificación de CoverKids e informar a DentaQuest CoverKids en caso de robo o extravío.
- Mostrar su tarjeta de identificación de DentaQuest CoverKids cuando vaya al dentista.
- Responder a las preguntas sobre su salud que ayudarán al dentista a cuidarlo.
- Informarle al dentista si usted fue atendido en una sala de emergencias en las últimas 24 horas o si consultó a otro dentista recientemente.
- Informar inmediatamente a CoverKids lo siguiente:
  1. Cambio de domicilio cada vez que se muda
  2. Cambio de número de teléfono cada vez que suceda
  3. Cambio de nombre.

Envíe esta información (incluido su número de identificación familiar de CHIP) a:

CoverKids  
P. O. Box 182261  
Chattanooga, TN 37422-7261  
Toll-free: 1-866-620-8864

## **Fraude y uso inadecuado**

La mayoría de los afiliados y proveedores del Programa CoverKids son honestos. Pero inclusive algunas personas deshonestas pueden dañar el Programa CoverKids. Quienes mientan a sabiendas para obtener los beneficios de CoverKids pueden sufrir sanciones o encarcelamiento.

**Si se entera de un caso de fraude y uso inadecuado en el Programa CoverKids, deberá decirnos al respecto. Sin embargo, no es necesario que proporcione su nombre.**

El fraude y el uso inadecuado por parte de los miembros del Programa CoverKids pueden incluir cosas como las siguientes:

- Dar información falsa para obtener o mantener sus beneficios del Programa CoverKids
- Ocultar información para poder obtener o mantener el Programa CoverKids
- Dejar que otra persona utilice su tarjeta de identificación dental de CoverKids
- Vender o entregar medicamentos recetados a otra persona

El fraude y el uso inadecuado de los proveedores del Programa CoverKids pueden incluir cosas como las siguientes:

- Facturarle al Programa CoverKids por servicios que nunca se brindaron
- Facturarle al Programa CoverKids dos veces por el mismo servicio

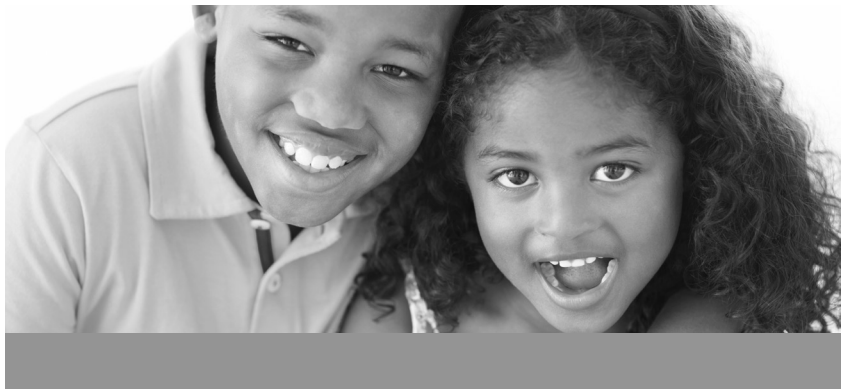
Para brindarnos información sobre fraude y uso inadecuado, comuníquese con DentaQuest de forma gratuita llamando al 1-888-291-3766. Aquí le indicamos otros lugares a los que puede llamar o escribir para informar sobre casos de fraude y uso inadecuado:

**Información de contacto de agencias:  
Oficina del Inspector General  
(OIG) (800) 433-3982, número gratuito  
Office of Inspector General  
P.O. Box 282368  
Nashville, TN 37228**

También puede informarnos sobre fraude y uso inadecuado en línea.

Visite: <http://www.tennessee.gov/tenncare/>

Luego, haga clic en "Fraud and Abuse" (Fraude y uso inadecuado), a la izquierda de la página.





### Aviso de trato justo

Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Según estas, se prohíbe que se trate a una persona de manera diferente por su:

Raza	Idioma	Sexo	Edad
Color	Lugar de nacimiento	Discapacidad	Religión

El Programa CoverKids no le niega a nadie el derecho a tener los beneficios de dicho programa o a trabajar para CoverKids por las razones mencionadas anteriormente.

Estas leyes le dan estos derechos:

- Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 USC 2000 y ss),
- Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (29 USC 794 y ss),
- La Ley sobre Discriminación por Edad de 1975 (42 USC 6101 y ss), y
- Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (42 USC 12101 y ss).

En CoverKids, ser tratado de manera diferente puede incluir situaciones como las siguientes:

- No se le permite participar en las mismas cosas que a otras personas.
- No recibió la ayuda que necesitaba para obtener su atención médica.
- No recibió la atención médica que necesitaba.

Usted tiene el derecho de presentar una queja si piensa que no está recibiendo un trato justo. Por ley, nadie puede vengarse de usted por presentar una queja.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? ¿Desea presentar una queja? Comuníquese con la siguiente agencia:

CoverKids Office of Non-Discrimination Compliance  
ATTN: Director of Non-Discrimination Compliance  
310 Great Circle Road, 4th Floor  
Nashville, TN 37243

Teléfono: **Número gratuito (855) 286-9085** o

**TTY/TDD: Marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.**

**Fax: (615) 253-2917**

¿Necesita ayuda en otro idioma? العربية (árabe);

Bosanski (bosnio); كوردی — بادینانی (kurdo

badinani); سۆرانی — کوردی (kurdo sorani);

Soomaali (somali); Español (español); Người Việt (vietnamita)

Los servicios de idiomas y los servicios para miembros de CoverKids son gratuitos en 1-855-291-3766, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST. Para TTY, llame al 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566. Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Según estas, se prohíbe que se trate a una persona de manera diferente por su: raza, idioma, sexo, edad, color, lugar de nacimiento, religión o discapacidad. ¿Necesita ayuda? Llame a la Oficina de Cumplimiento de la No Discriminación de forma gratuita al 1-855-286-9085. Para TTY, marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-855-286-9085.

DentaQuest  
TN CoverKids  
Attn: Customer Service  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

Atención al Cliente 1-888-291-3766 o  
TTY/TDD: Marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.

## **Cómo presentar una queja por discriminación**

¿Cree que ha sido tratado de manera diferente por su raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión? Usted o alguien en su nombre puede presentar una queja ante el Programa CoverKids o DentaQuest.

Las quejas deben informarse antes de los 180 días (6 meses) desde la fecha en que usted considera que lo trataron de una manera diferente. Puede tener más de 180 días para presentar su queja si hay una buena razón por la que decidió esperar (como una enfermedad grave o muerte en su familia). El plazo de 180 días puede extenderse si existe una buena razón para su demora en la presentación de la queja a su Programa CoverKids.

Puede presentar una queja a través de la página de quejas en <http://www.dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/memberpage/member-document/> o enviando una queja por escrito por correo. Puede escribir en una hoja de papel en blanco o puede usar el formulario de queja por discriminación que aparece en la página 16 de este manual. Su queja debe incluir esta información:

- **Su nombre, dirección, número de Seguro Social y número de teléfono.** Usted debe firmar con su nombre. Si usted presenta una queja en nombre de otra persona, incluya su nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono y su relación con esa persona, por ejemplo: esposa, hermana, abogado, amigo.
- **Nombre y dirección del programa (CoverKids, DentaQuest) que usted considera que lo trató de manera diferente.**
- **Cómo, por qué y cuándo considera que fue tratado de manera diferente.**
- Denos toda la información que pueda sobre el problema y asegúrese de proporcionarnos cualquier otro dato importante.

(Continúa en la siguiente página)

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? ¿Desea presentar una queja?  
Comuníquese con DentaQuest de forma gratuita llamando al 1-888-291-3766. O bien, puede escribir a:

CoverKids Office of Non-Discrimination Compliance  
ATTN: Director of Non-Discrimination Compliance  
310 Great Circle Road, 4th Floor  
Nashville, TN 37243

Teléfono: **Número gratuito (855) 286-9085** o  
**TTY/TDD: Marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.**  
Fax: (615) 253-2917

¿Necesita ayuda en otro idioma? العربية (árabe);

Bosanski (bosnio); كوردی — بادینانی (kurdo

badinani); سۆرانی — کوردی (kurdo sorani);

Soomaali (somali); Español (español); Người Việt (vietnamita)

Los servicios de idiomas y los servicios para miembros de CoverKids son gratuitos en 1-855-291-3766, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST. Para TTY, llame al 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566. Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Según estas, se prohíbe que se trate a una persona de manera diferente por su: raza, idioma, sexo, edad, color, lugar de nacimiento, religión o discapacidad. ¿Necesita ayuda? Llame a la Oficina de Cumplimiento de la No Discriminación de forma gratuita al 1-855-286-9085. Para TTY, marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-855-286-9085.

Puede presentar una queja a:

#### **DentaQuest**

TN CoverKids

Attn: Non-discrimination Compliance Officer  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

**Atención al Cliente 1-888-291-3766** o  
**TTY/TDD: Marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.**

#### **U.S. Department of Health & Human Services – Region IV Office for Civil Rights**

Puede llamar al número: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7397

También puede escribir a:

U.S. DHHS / Region IV Office for Civil Rights  
61 Forsyth Street, S.W - Suite 16T70  
Atlanta, GA 30303-8904  
Fax: (404) 562-7881



## QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Las leyes federales y estatales no permiten que el Programa CoverKids lo trate de manera diferente por su raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo y religión o cualquier otro grupo protegido por la ley. ¿Cree que ha sido tratado de manera diferente por su **raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo, religión o cualquier otro grupo protegido por la ley**? Utilice estas páginas para presentar una queja a su Programa CoverKids.

La información marcada con un asterisco (\*) debe incluirse en la queja. Si necesita más espacio para informarnos lo que pasó, utilice hojas de papel y envíelas por correo con su queja.

1.\* Escriba su nombre y dirección.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Teléfono residencial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono laboral o celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

2.\* ¿Presenta esta queja en nombre de otra persona?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Sí, ¿quién cree que ha sido tratado de manera diferente por su **raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo, religión o cualquier otro grupo protegido por la ley**?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

(Continúa en la siguiente página)



Teléfono: Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono laboral o celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con esta persona? (esposa, hermano, amigo, etc.)

\_\_\_\_\_

3.\* El Programa que lo trató de manera diferente:

CoverKids\_\_\_\_\_

4.\* ¿De qué forma considera que fue tratado de manera diferente? Se debió a su:

Raza\_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento\_\_\_\_\_ Color\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_ Discapacidad\_\_\_\_\_ Religión\_\_\_\_\_

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es el mejor momento para comunicarnos con usted en relación con esta queja?

\_\_\_\_\_

6.\* ¿Cuándo sucedió esto? ¿Sabe la fecha?

Fecha en que comenzó: \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrió por última vez: \_\_\_\_\_

7. Las quejas deben informarse antes de los 180 días (6 meses) desde la fecha en que usted considera que lo trataron de una manera diferente. Puede tener más de 180 días para presentar su queja si hay una buena razón (como una enfermedad grave o muerte en su familia) por la que decidió esperar.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Continúa en la siguiente página)

8.\* Cuéntenos lo que ocurrió, cómo ocurrió y por qué cree que pasó. ¿Quién lo hizo? ¿Hubo otra persona tratada de una manera diferente? Puede usar más papel para incluir información y enviarlo junto con estas páginas si necesita más espacio.

---

---

---

9. ¿Alguien vio que usted fuera tratado de manera diferente? Si es así, indique su:

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

---

10. ¿Tiene más información que desee proporcionarnos?

---

---

11.\* No podemos aceptar una queja que no esté firmada. Escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es el representante personal de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme aquí. Como representante personal, usted debe adjuntar una copia del documento legal que le da el derecho a actuar en nombre de esta persona. **Declaración:** *Acepto que la información que se incluye en esta queja es verdadera y precisa, y se proporciona para que CoverKids investigue mi queja.*

\_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

(Firme con su nombre aquí si usted es la persona a nombre de quien se presenta esta queja)

\_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

(Escriba su nombre aquí si usted es el representante personal)

¿Presenta esta queja en nombre de otra persona pero **no** es el representante personal de la persona? Firme aquí. La persona a nombre de quien presenta esta queja **también** debe firmar en la línea anterior o deberá informarle a DentaQuest o su Programa CoverKids que acepta que se firme en su nombre. **Declaración:** *Acepto que la información que se incluye en esta queja es verdadera y precisa, y se proporciona para que CoverKids investigue mi queja.*

(Continúa en la siguiente página)



(Fecha)

(Firme aquí si presenta esta queja en nombre de otra persona)

Es correcto presentar una queja a DentaQuest o CoverKids. La información que se incluye en esta queja se trata de forma confidencial. Los nombres u otra información acerca de personas que se incluyen en la presente queja se comparten solo cuando sea necesario. Envíe un Acuerdo para divulgar información firmado junto con su queja. Si usted presenta esta queja en nombre de otra persona, dicha persona debe firmar un Acuerdo para divulgar información y enviarlo por correo junto con esta queja. Envíe por correo el Formulario de quejas completo y firmado, y el Acuerdo para divulgar información firmado a:

Office of Non-Discrimination Compliance, CoverKids Program  
Division of Health Care Finance and Administration  
310 Great Circle Road, 4th Floor  
Nashville, TN 37243

Asegúrese de tener una copia de todo lo que envía y de conservarla para sus registros.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Llame al 1-855-286-9085 (número gratuito) para obtener ayuda. TTY/TDD: 711 y solicite que lo transfieran al 1-855-286-9085.

¿Necesita ayuda en otro idioma? العربية (árabe);

Bosanski (bosnio); كوردی — بادینانی (kurdo

badinani); سۆرانی — کوردی (kurdo sorani);

Soomaali (somali); Español (español); Người Việt (vietnamita)

Los servicios de idiomas y los servicios para miembros de CoverKids son gratuitos en 1-855-291-3766, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST. Para TTY, llame al 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566. Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Según estas, se prohíbe que se trate a una persona de manera diferente por su: raza, idioma, sexo, edad, color, lugar de nacimiento, religión o discapacidad. ¿Necesita ayuda? Llame a la Oficina de Cumplimiento de la No Discriminación de forma gratuita al 1-855-286-9085. Para TTY, marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-855-286-9085.

DentaQuest  
TN CoverKids  
Attn: Customer Service  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

Atención al Cliente 1-888-291-3766 o  
TTY/TDD: Marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.



## **Acuerdo para divulgar información**

Para investigar su queja, su Programa CoverKids y DentaQuest pueden necesitar informarles su nombre u otra información acerca de usted a otras personas o agencias importantes para que se resuelva esta queja.

**Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo una copia de este Acuerdo para divulgar información junto con su queja. Conserve una copia.**

- Entiendo que durante la investigación de mi queja, el Programa CoverKids y DentaQuest pueden tener que informarles mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o entidades. Por ejemplo, si informo que mi dentista me ha tratado de manera diferente debido a mi edad, es posible que CoverKids deba hablar con mi dentista.
- Usted no tiene que aceptar que se divulgue su nombre u otra información. Esto no siempre es necesario para investigar su queja. Sin embargo, si usted no acepta permitirnos que usemos su nombre u otros detalles, esto puede hacer que se suspenda la investigación de su queja. Y, tal vez, tengamos que cerrar su caso.

Si usted presenta esta queja en nombre de otra persona, necesitamos que esa persona firme el Acuerdo para divulgar información. ¿Usted firma el presente como representante personal? Entonces, también debe darnos una copia de los documentos legales donde se lo nombra como representante personal.

**Al firmar este Acuerdo para divulgar Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos descritos anteriormente. Autorizo al Programa CoverKids a divulgar mi nombre y otra información sobre mí a otras personas o agencias que puedan ser importantes para esta reclamación durante la investigación y el resultado de esta.**

**Al firmar este Acuerdo para divulgar Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos descritos anteriormente. Autorizo a DentaQuest a divulgar mi nombre y otra información sobre mí a otras personas o agencias que puedan ser importantes para esta queja durante la investigación y el resultado de esta.**

Este Acuerdo para divulgar información estará en vigencia hasta que se logre el resultado final de su queja. Usted puede revocar su acuerdo en cualquier momento llamando o escribiendo al Programa CoverKids o a DentaQuest sin cancelar su queja. Si revoca su acuerdo, no se podrá ignorar la información ya compartida.

(Continúa en la siguiente página)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Llame a:

**El Programa CoverKids al: (855) 286-9085 (número gratuito).  
TTY/TDD: 711 y solicite que lo transfieran al 1-855-286-9085.**

Para obtener ayuda en otro idioma, llame:

¿Necesita ayuda en otro idioma? العربية (árabe);

Bosanski (bosnio); كوردی — بادینانی (kurdo

badinani); سۆرانی — کوردی (kurdo sorani);

Soomaali (somali); Español (español); Người Việt (vietnamita)

Los servicios de idiomas y los servicios para miembros de CoverKids son gratuitos en 1-855-291-3766, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST. Para TTY, llame al 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566. Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Según estas, se prohíbe que se trate a una persona de manera diferente por su: raza, idioma, sexo, edad, color, lugar de nacimiento, religión o discapacidad. ¿Necesita ayuda? Llame a la Oficina de Cumplimiento de la No Discriminación de forma gratuita al 1-855-286-9085. Para TTY, marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-855-286-9085.

O bien

DentaQuest  
TN CoverKids  
Attn: Customer Service  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

Atención al Cliente 1-888-291-3766 o  
TTY/TDD: Marque 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.

## Quejas y apelaciones

Las quejas consisten en que usted nos llame o nos envíe una carta para informarnos que no está conforme con una decisión que tomó DentaQuest, excepto el rechazo o la reducción de servicios. Algunos ejemplos de quejas pueden incluir: la calidad de la atención o de los servicios recibidos, el acceso a los servicios de atención odontológica, la atención y el tratamiento del proveedor, o cuestiones administrativas.

Si tiene una queja, puede llamarnos al **1-888-291-3766** TTY/TDD: 711 y solicitar que los transfieran al 1-800-466-7566 o escribirnos a la dirección que figura a continuación.

DentaQuest  
TN CoverKids  
Attn: Customer Service  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

Tras recibir su queja, comenzaremos a investigar el problema. Usted obtendrá una respuesta en un plazo máximo de 30 días hábiles desde la fecha en que recibamos su queja.

Si usted no está de acuerdo con una decisión que se haya tomado con respecto a la denegación, la reducción, la finalización, la demora o la paralización de un servicio cubierto, **tiene el derecho de apelar**. Para esto, presente su apelación por escrito en el plazo de 30 días calendario después de la fecha en la que recibe el aviso de denegación.

### ¿Quién puede presentar una apelación?

Usted o alguien que actúe en su nombre (su **representante autorizado**) pueden presentar una apelación. Puede designar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona para que actúe en su nombre. Otros pueden estar previamente autorizados conforme a la ley estatal para actuar en su nombre. Si quiere que alguien lo represente, usted y su representante autorizado deben firmar, fechar y enviarnos una declaración en la que se designe a esta persona para que actúe en su nombre.

Puede llamarnos al: **1-888-291-3766** para obtener información sobre cómo nombrar a su representante autorizado. Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, llámenos al número **TTY/TDD: 711** y solicite que lo transfieran al **1-800-466-7566**.

## Existen dos tipos de apelaciones que puede presentar

### Estándar (30 días)

Puede solicitar una apelación estándar. Debemos informarle una decisión en un plazo máximo de 30 días después de haber recibido su apelación.

### Rápida (revisión de 72 horas)

Puede solicitar una apelación rápida si usted o su dentista creen que podría sufrir daños graves a la salud por esperar demasiado tiempo una decisión. En caso de

una apelación rápida, debemos tomar una decisión en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- Si un dentista solicita una apelación rápida por usted o lo respalda para que usted la solicite, y el dentista indica que la espera de 30 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una apelación rápida.
- Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un dentista, decidiremos si su salud requiere una apelación rápida. Si no le otorgamos una apelación rápida, tomaremos una decisión para su apelación en un plazo de 30 días.

### **¿Qué debe incluir mi apelación?**

Debe incluir: su nombre, dirección, número de identificación de afiliado de DentaQuest, razones por las cuales apela y toda evidencia que desee adjuntar. Puede enviar historias clínicas, cartas de médicos o dentistas, o cualquier otra información de soporte que explique por qué debemos prestar el servicio. Llame a su dentista si necesita esta información para que lo ayude en su apelación.

### **¿Cómo presento una apelación?**

**Para una apelación estándar:** Usted o su representante autorizado deben enviar su apelación por escrito a la siguiente dirección:

DentaQuest  
TN CoverKids  
Attention: Appeals Department  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

**Para una apelación rápida:** usted o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros por teléfono al **1-888-291-3766 (TTY/TDD: 711 y solicitar que lo transfieran al 1-800-466-7566 o enviar un fax al 262-834-3452).**

**¿Qué sucederá después?** Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá derecho de apelar nuevamente. Se le notificarán esos derechos de apelación si esto ocurre.

### **Información de contacto:**

Si necesita información o ayuda, llámenos al:

**Número gratuito: 1-888-291-3766**

**TTY/TDD: 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.**

### **Revisión estatal informal: APELACIONES ODONTOLÓGICAS**

En el estado de Tennessee, la División de Finanzas y Administración de Atención Médica tiene un proceso de apelación que está a su disposición DESPUÉS de que haya agotado el proceso de quejas con el administrador de quejas. Las apelaciones deben solicitarse por escrito en el plazo de 8 días posteriores a la determinación o decisión de la queja. Para presentar una apelación a nivel estatal, el afiliado debe enviar una carta y documentación de soporte (por ejemplo, declaraciones de explicación de beneficios, cartas de decisiones, declaraciones de proveedores de atención médica e historias clínicas) a:

Appeals Coordinator - CoverKids  
Division of Health Care Finance and Administration  
310 Great Circle Road 2 West  
Nashville, Tennessee 37243

Si la División de Finanzas y Administración de Atención Médica no recibe su solicitud en un plazo de 8 días, es posible que pierda el derecho a que se realice otra revisión. Es conveniente conservar una copia de toda la correspondencia que envíe. Las preguntas específicas sobre el proceso de apelación pueden dirigirse al coordinador de apelaciones al 615-253-9927 o 1-866-795-2001.

El coordinador de apelaciones de la División de Finanzas y Administración de Atención Médica también puede solicitar que el asesor médico independiente del estado haga una revisión. Se debe emitir una decisión por escrito del coordinador de apelaciones en el plazo de 30 días posteriores a recibir la solicitud de otra revisión.

## **Revisión estatal informal: APELACIONES RELACIONADAS CON LA ELEGIBILIDAD**

### **A. Revisión informal**

Usted puede solicitar la revisión de un problema de elegibilidad por escrito o por teléfono al estado. La dirección y el número gratuito del estado se proporcionan en la página 10. La solicitud de revisión debe recibirse en el plazo de 30 días posteriores a la emisión de la notificación de acción por escrito para la cual se solicita la revisión o, si no se emite notificación, en el plazo de 30 días a partir del momento en el que el solicitante se entera de la acción. Si la revisión del estado no es favorable, se puede enviar una solicitud formal por escrito a la División de Finanzas y Administración de Atención Médica para que el Comité de Apelaciones de Elegibilidad de CoverKids del estado haga una revisión.





## **B. Revisión formal**

Para solicitar que se realice otra revisión, puede enviar una carta y documentación de respaldo a:

Appeals Coordinator - CoverKids  
Division of Health Care Finance and Administration  
310 Great Circle Road 2 West  
Nashville, Tennessee 37243

La División de Finanzas de Atención Médica y Administración debe recibir las solicitudes en el plazo de 30 días posteriores a la emisión de la decisión de la revisión informal. Si no se recibe su solicitud en el plazo de 30 días, es posible que pierda el derecho a que se realice otra revisión. La recepción de las solicitudes se confirmará por escrito en el plazo de 10 días, incluida una notificación de que se emitirá una decisión en el plazo de un mes calendario a partir de la recepción de la carta de confirmación.

El Comité de Revisión de CoverKids programará la revisión solicitada. El Comité estará compuesto por cinco miembros, incluido el personal de la División de Finanzas y Administración de Atención Médica, y como mínimo un profesional odontológico matriculado, seleccionado por el comisionado de su persona designada. Los miembros del Comité no deberán haber participado directamente en el asunto que está bajo revisión. Recibirá una notificación por escrito de la decisión del Comité en la que se indiquen las razones para haber tomado esa decisión. La decisión del Comité de revisión de CoverKids es el último recurso administrativo disponible para el afiliado.



**ESTADO DE TENNESSEE**  
**Formulario de apelación CoverKids**

Instrucciones: **Complete este formulario. Devuelva el formulario y escribanos una carta. Indíquenos por qué deberíamos revisar su caso. Envíe una copia de todas las cartas. Envíe las cartas de las apelaciones que ha presentado.**

Envíe por correo todos los formularios y las cartas a:

Appeals Coordinator - CoverKids  
Division of Health Care Finance and Administration  
310 Great Circle Road 2 West  
Nashville, Tennessee 37243

Nombre: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de seguro (o número de caso): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Otros números (teléfono residencial, celular, fax, etc.): \_\_\_\_\_

(Continúa en la siguiente página)

Solicito que alguien me ayude con la apelación. Pueden analizar mi apelación con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Deje en blanco si no solicita una persona para que le brinde ayuda).

Nota: usted debe enviar pruebas para su apelación:

- evidencia de edad de los niños
  - evidencia de ingresos
  - evidencia de que vive en el estado
  - prueba de que usted es ciudadano de Estados Unidos o extranjero calificado
- He incluido las evidencias necesarias
- No incluyo evidencias. Comprendo que se puede rechazar mi apelación.

Estamos para responder sus preguntas. Puede llamarnos al 1-866-795-2001 o al 615-253-9927.

Doy mi permiso para que el coordinador de apelaciones comparta toda la información necesaria para resolver mi apelación. Esto incluye las historias clínicas. Usted puede compartir los detalles con el personal de la división, el personal del seguro y los miembros del grupo de Apelaciones, según sea necesario para procesar mi apelación.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ¿Tiene preguntas sobre su programa odontológico?

DentaQuest puede responderle cualquier pregunta sobre su plan odontológico. Si desea hacer preguntas sobre DentaQuest, llámenos al **1-888-291-3766**.

Si desea obtener más información sobre la salud bucal y el cuidado dental, visite nuestro sitio web [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com). En el sitio web puede leer e imprimir material educativo sobre la salud bucal.

## Copagos

El copago es el pago de una parte de su factura cada vez que recibe determinados servicios odontológicos. Este es un cargo fijo. Para averiguar cuál es su copago y por qué servicios debe pagarlo, llame a DentaQuest al **1-888-291-3766** o consulte el copago en la tabla de beneficios adjunta.

No hay que realizar un copago por “servicios preventivos”. Si desea saber si el servicio que va a recibir es un “servicio preventivo”, por favor consulte el anexo Tabla de beneficios. Por ejemplo, si usted visita al dentista el lunes y le hacen un empaste, deberá realizar un copago y el resto estará cubierto. Si regresa al dentista el martes y le hacen otro empaste, deberá realizar un copago y el resto estará cubierto.

## Gastos máximos de su bolsillo

Las familias no deben pagar más del 5 % del ingreso familiar anual para los gastos máximos de su bolsillo. Si usted tuvo suficientes copagos de manera que llegó a su “máximo”, no tendrá más copagos hasta el próximo año calendario. DentaQuest le enviará una carta relacionada con el desembolso personal máximo una vez que alcance su costo compartido de 5% anual. Para averiguar si ha alcanzado su límite máximo de copago, comuníquese con DentaQuest al **1-888-291-3766**.

## **DIRECTORIO DE PROVEEDORES del plan odontológico de CoverKids**

La lista de proveedores adjunta incluye dentistas generales y pediátricos, y los dos especialistas más cercanos a su área de código postal. Sin embargo, si desea ayuda para encontrar un dentista, incluidos diversos especialistas odontológicos, llame al Servicio de Atención al Cliente de DentaQuest CoverKids al **1-888-291-3766** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., Hora Estándar del Centro, o bien visite el sitio web de DentaQuest en [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com) para consultar a especialista u obtener un directorio de proveedores participantes del estado completo.

## Cómo encontrar un dentista

DentaQuest lo ayudará a encontrar un dentista o un especialista odontológico. Hay muchos dentistas disponibles para atenderlo.

Para saber qué dentistas puede visitar, comuníquese con DentaQuest. Nuestro número de teléfono es **1-888-291-3766**. Podemos ayudarlo a encontrar el dentista más cercano que esté en el programa. Para aprovechar los beneficios en toda su extensión, debe recibir servicios de un dentista que participe en la red de su plan. Únicamente dentistas que están en el programa CoverKids pueden tratarlo

por servicios que no sean de emergencia. Los nombres de todos los dentistas y especialistas odontológicos del programa CoverKids están a su disposición en un directorio de proveedores, en el sitio web de DentaQuest en [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com) o bien llamando por teléfono a DentaQuest al **1-888-291-3766**.

Para buscar médicos que hablen otros idiomas, también puede consultar el directorio de proveedores de DentaQuest. También puede hacer esto en línea en [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com).

Cuando llame a DentaQuest, deberá tener disponible lo siguiente:

- Bolígrafo o lápiz
- Su tarjeta de identificación

Cuando llame a DentaQuest, mencione que es afiliado de CoverKids. Informe a DentaQuest el motivo por el cual quiere consultar un dentista. DentaQuest le proporcionará los nombres de los dentistas de su zona. No necesita una remisión de su médico de atención primaria (PCP) para ir al dentista. Además de comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de DentaQuest, también puede ingresar a nuestro sitio web [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com) para recibir una lista de los dentistas disponibles para atenderlo.

Si tiene preguntas sobre los servicios dentales, llame al 1-888-291-3766 o TTY/TDD: 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566 o LEP 1-888-291-3766.

Si el inglés no es su lengua materna, puede solicitar que haya un intérprete cuando vaya a recibir su atención médica. Este es un servicio gratuito. Llámenos a nosotros o a su proveedor antes de su cita para que alguien pueda ayudarlo con los servicios de idiomas. También puede consultar el directorio de proveedores de DentaQuest para buscar médicos que hablen otros idiomas. También puede encontrar doctores que hablen otros idiomas en [www.DentaQuest.com](http://www.DentaQuest.com). Podemos proporcionarle un intérprete para que hable con usted por teléfono. Si tiene problemas auditivos o del lenguaje, puede comunicarse con nosotros mediante TTY o TDD. TTY/TDD: 711 y solicite que lo transfieran al 1-800-466-7566.

## Anexo A: Cronograma de beneficios para 2015

### Grupo I

Para recibir beneficios de este Plan, asegúrese de que el proveedor sea miembro de la red de proveedores de CoverKids. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, usted será responsable por el pago total del cargo del proveedor fuera de la red. **No se pagan beneficios por servicios recibidos de proveedores fuera de la red.**

Su dentista le dirá si CoverKids pagará un servicio o no antes de tratarlo.

Es posible que su dentista le indique que necesita recibir ciertos servicios odontológicos. Hable con su dentista antes de recibir estos servicios para estar completamente informado acerca del importe que quizás deba pagar. Su dentista consultará el Manual de referencia del consultorio para CoverKids y le informará si usted debe pagar servicios que no estén cubiertos por CoverKids.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS	NIÑO DEL GRUPO UNO
<b>Servicios de prevención</b> -- Tratamientos con flúor: barniz de flúor (1 año de edad o mayor, y hasta 14 años), 2 por año calendario. -- Selladores dentales: para los molares permanentes, sin límite. -- Limpiezas: 2 limpiezas por año calendario.	Sin copago
<b>Servicios de diagnóstico</b> -- Exámenes bucales: 2 exámenes bucales por año calendario. -- Radiografías: aleta de mordida (2 años de edad y mayores), 1 por año calendario -- Radiografía de boca completa, 1 cada 3 años calendario	Sin copago
<b>Servicios de emergencia</b> -- Ejemplo: procedimiento menor para aliviar el dolor -- Durante el horario de atención, 2 consultas por año calendario -- Después del horario de atención, 2 consultas por año calendario	Copago de \$15
<b>Servicios de restauración</b> -- Empaste -- Coronas	Copago de \$15
<b>Extracciones</b>	Copago de \$15
<b>Anestesia:</b> proporcionada únicamente cuando esté médicamente indicada.	Copago de \$15
<b>Otros servicios odontológicos</b>	Copago de \$15
<b>Servicios de ortodoncia</b> - Período de espera de 12 meses*	Copago de \$15

Monto máximo de ortodoncia de por vida por persona**	\$1,250
Deducibles	Ninguno
Máximo de beneficio anual por niño	\$1,000
Gastos máximos de su bolsillo como un porcentaje (%) del ingreso familiar anual	5 %

\*Los doce (12) meses de periodo de espera deben ser consecutivos, sin interrupción en la elegibilidad, para que el afiliado pueda obtener beneficios de ortodoncia.

\*\*El monto máximo de ortodoncia de por vida no se aplica al reparto de costo del cinco por ciento (5 %) de la familia.

**Recuerde que existen ciertos servicios odontológicos cubiertos que se debitarán de su tope de beneficios anuales de \$1,000. El importe del pago realizado a su dentista se decidirá una vez que DentaQuest reciba y procese su reclamo odontológico y determine cuánto dinero queda en su tope de beneficio anual de \$1,000.**

**Si usted ha excedido el tope de beneficios anual de \$1,000, usted será responsable de pagarle a su dentista esos servicios. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios odontológicos o pagos por servicios odontológicos, llame a DentaQuest al 1-888-291-3766 o hable con su dentista.**



## Anexo A: Cronograma de beneficios para 2015

### Grupo II

Para recibir beneficios de este Plan, asegúrese de que el proveedor sea miembro de la red de proveedores de CoverKids. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, usted será responsable por el pago total del cargo del proveedor fuera de la red. **No se pagan beneficios por servicios recibidos de proveedores fuera de la red.**

Su dentista le dirá si CoverKids pagará un servicio o no antes de tratarlo.

Es posible que su dentista le indique que necesita recibir ciertos servicios odontológicos. Hable con su dentista antes de recibir estos servicios para estar completamente informado acerca del importe que quizás deba pagar. Su dentista consultará el Manual de referencia del consultorio para CoverKids y le informará si usted debe pagar servicios que no estén cubiertos por CoverKids.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS	NIÑO DEL GRUPO DOS
<b>Servicios de prevención</b> -- Tratamientos con flúor: barniz de flúor (1 año de edad o mayor, y hasta 14 años), 2 por año calendario. -- Selladores dentales: para los molares permanentes, sin límite. -- Limpiezas: 2 limpiezas por año calendario.	Sin copago
<b>Servicios de diagnóstico</b> -- Exámenes bucales: 2 exámenes bucales por año calendario. -- Radiografías: aleta de mordida (2 años de edad y mayores), 1 por año calendario -- Radiografía de boca completa, 1 cada 3 años calendario	Sin copago
<b>Servicios de emergencia</b> -- Ejemplo: procedimiento menor para aliviar el dolor -- Durante el horario de atención, 2 consultas por año calendario -- Después del horario de atención, 2 consultas por año calendario	Copago de \$5
<b>Servicios de restauración</b> -- Empaste -- Coronas	Copago de \$5
<b>Extracciones</b>	Copago de \$5
<b>Anestesia:</b> proporcionada únicamente cuando esté médicamente indicada.	Copago de \$5
<b>Otros servicios odontológicos</b>	Copago de \$5



Servicios de ortodoncia - Período de espera de 12 meses*	Copago de \$5
Monto máximo de ortodoncia de por vida por persona**	\$1,250
Deducibles	Ninguno
Máximo de beneficio anual por niño	\$1,000
Gastos máximos de su bolsillo como un porcentaje (%) del ingreso familiar anual	5 %

\*Los doce (12) meses de periodo de espera deben ser consecutivos, sin interrupción en la elegibilidad, para que el afiliado pueda obtener beneficios de ortodoncia.

\*\*El monto máximo de ortodoncia de por vida no se aplica al reparto de costo del cinco por ciento (5 %) de la familia.

**Recuerde que existen ciertos servicios odontológicos cubiertos que se debitarán de su tope de beneficios anuales de \$1,000. El importe del pago realizado a su dentista se decidirá una vez que DentaQuest reciba y procese su reclamo odontológico y determine cuánto dinero queda en su tope de beneficio anual de \$1,000.**

**Si usted ha excedido el tope de beneficios anual de \$1,000, usted será responsable de pagarle a su dentista esos servicios. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios odontológicos o pagos por servicios odontológicos, llame a DentaQuest al 1-888-291-3766 o hable con su dentista.**

## Anexo A: Cronograma de beneficios para 2015

### Grupo AI/AN

Para recibir beneficios de este Plan, asegúrese de que el proveedor sea miembro de la red de proveedores de CoverKids. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, usted será responsable por el pago total del cargo del proveedor fuera de la red. **No se pagan beneficios por servicios recibidos de proveedores fuera de la red.**

Su dentista le dirá si CoverKids pagará un servicio o no antes de tratarlo.

Es posible que su dentista le indique que necesita recibir ciertos servicios odontológicos. Hable con su dentista antes de recibir estos servicios para estar completamente informado acerca del importe que quizás deba pagar. Su dentista consultará el Manual de referencia del consultorio para CoverKids y le informará si usted debe pagar servicios que no estén cubiertos por CoverKids.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS	NIÑO INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA (AI/AN)
<b>Servicios de prevención</b> -- Tratamientos con flúor: barniz de flúor (1 año de edad o mayor, y hasta 14 años), 2 por año calendario. -- Selladores dentales: para los molares permanentes, sin límite. -- Limpiezas: 2 limpiezas por año calendario.	Sin copago
<b>Servicios de diagnóstico</b> -- Exámenes bucales: 2 exámenes bucales por año calendario. -- Radiografías: aleta de mordida (2 años de edad y mayores), 1 por año calendario -- Radiografía de boca completa, 1 cada 3 años calendario	Sin copago
<b>Servicios de emergencia</b> -- Ejemplo: procedimiento menor para aliviar el dolor -- Durante el horario de atención, 2 consultas por año calendario -- Después del horario de atención, 2 consultas por año calendario	Sin copago
<b>Servicios de restauración</b> -- Empaste -- Coronas	Sin copago
<b>Extracciones</b>	Sin copago
<b>Anestesia:</b> proporcionada únicamente cuando esté médicamente indicada.	Sin copago

Otros servicios odontológicos	Sin copago
Servicios de ortodoncia - Período de espera de 12 meses*	Sin copago
Monto máximo de ortodoncia de por vida por persona**	\$1,250
Deducibles	Ninguno
Máximo de beneficio anual por niño	\$1,000
Gastos máximos de su bolsillo como un porcentaje (%) del ingreso familiar anual	No corresponde

\*Los doce (12) meses de periodo de espera deben ser consecutivos, sin interrupción en la elegibilidad, para que el afiliado pueda obtener beneficios de ortodoncia.

\*\*El monto máximo de ortodoncia de por vida no se aplica al reparto de costo del cinco por ciento (5 %) de la familia.

**Recuerde que existen ciertos servicios odontológicos cubiertos que se debitarán de su tope de beneficios anuales de \$1,000. El importe del pago realizado a su dentista se decidirá una vez que DentaQuest reciba y procese su reclamo odontológico y determine cuánto dinero queda en su tope de beneficio anual de \$1,000.**

**Si usted ha excedido el tope de beneficios anual de \$1,000, usted será responsable de pagarle a su dentista esos servicios. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios odontológicos o pagos por servicios odontológicos, llame a DentaQuest al 1-888-291-3766 o hable con su dentista.**









# DentaQuest®

DentaQuest  
12121 N. Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

