

## Dental

# Your dental coverage options are changing

Starting June 1, 2016, your dental options are:

- A dental health maintenance organization (DHMO) option through LIBERTY Dental plan (LIBERTY).
- A dental preferred provider organization (DPPO) option through LIBERTY.
- The UNITE HERE HEALTH Dental Center in Los Angeles.

The following is a summary of what you would pay for certain common types of dental care if you use a network provider. (Your actual copays under the DHMO plan may vary based on the actual dental care and services you get.) More information about each option is provided in this SMM.

***Are you in the Health Net HMO? Change to the Kaiser HMO and help your Plan save money.***

*You can change to the Kaiser HMO now—you don't have to wait until the next open enrollment. Just contact UNITE HERE HEALTH for help changing to the Kaiser HMO.*

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD).

This SMM addresses changes to all benefits in your SPD and may include changes and benefits that don't apply to you based on your or your employer's elections.

*Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference.* Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.

# Updates to Your Benefits

UNITE HERE  
**HEALTH** 

(855) 844-5262

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Dental** (continued)

**Your Dental Options**

<b>What you pay</b>	<b>LIBERTY DHMO</b>	<b>LIBERTY DPPO</b>	<b>Dental Center</b>
Annual deductible	Not applicable	\$50/person and \$150/family	Not applicable
Routine oral exams	\$0	\$0	\$0
Routine x-rays	\$0	\$0	\$0
General cleaning ( <i>prophylaxis</i> )	\$0	\$0	\$0
Application of fluoride to a child's teeth	\$0	\$0	\$0
Space maintainers	\$0	\$0	\$0
Fillings ( <i>amalgam</i> )	\$0	20% after deductible	10%
Crowns	\$0	50% after deductible	15%
Deep cleaning ( <i>periodontal scaling and root planing</i> )	\$0	20% after deductible	10%
Complete upper ( <i>maxillary</i> ) denture	\$0	50% after deductible	15%
Remove impacted tooth from the gum ( <i>unreported tooth</i> )	\$0	20% after deductible	15%
Comprehensive Orthodontia for a child	\$1,550	50% ( <i>Plan benefits limited to \$2,500</i> )	Not covered
<b>Maximum benefit paid</b>	<b>LIBERTY DHMO</b>	<b>LIBERTY DPPO</b>	<b>Dental Center</b>
For each person, dental benefits paid will be limited each year to	Not applicable	\$1,500	Not applicable
For each person, lifetime orthodontia benefits paid will be limited to	24 months of treatment ( <i>no dollar limit</i> )	\$2,500	Not applicable ( <i>orthodontia not covered</i> )
<b>Non-Network Benefits</b>	<b>LIBERTY DHMO</b>	<b>LIBERTY DPPO</b>	<b>Dental Center</b>
Are there benefits for non-network care?	No — except for emergencies ( <i>limited to \$75/year</i> )	Yes, but you pay 20%–60% ( <i>see page 9 for more information</i> )	No — except for emergencies

## **Dental** (continued)

# LIBERTY DHMO Option

UNITE HERE HEALTH has contracted with LIBERTY to provide DHMO benefits to you and your dependents.

### **LIBERTY Dental Plan**

(888) 442-4585

8 a.m. – 5 p.m. (Pacific time)

Monday – Friday; 24/7 emergency services are available

[libertydentalplan.com](http://libertydentalplan.com)

(you have to register for an account)

### **Using your LIBERTY DHMO benefits**

Your dental benefits are provided through a dental health maintenance organization (DHMO). Under a DHMO, you must follow certain rules in order to get dental benefits. If you don't follow these rules, you may have to pay the entire cost of the dental care yourself. If you have any questions about how to use your dental benefits, please contact LIBERTY at (888) 442-4585.

- You must pick a primary dentist who is in the LIBERTY DHMO network. Your primary dentist provides your whole family with dental care, and refers you and your family to specialists, if necessary.
- Except in emergencies, you must use a network dentist. If you don't use a network dentist, you will have to pay the full cost of your dental care.

If you have an emergency, such as excessive bleeding, acute infection, or severe pain, try to reach your primary dentist. Your primary dentist should handle any emergency within 24 hours. If you are outside the LIBERTY service area, or you cannot reach your primary dentist, you can go to any dentist to get treatment. You should follow-up with your primary dentist. If you use a non-network dentist, you should file a claim with LIBERTY. LIBERTY will pay you back up to \$75 each year for your costs to get emergency treatment from a non-network dentist. You will still be responsible for: any copays for your care, charges in excess of the \$75 maximum reimbursement, and any charges that LIBERTY does not cover.

- You can always get a second opinion regarding proposed dental care. Just contact LIBERTY to get a referral to another dentist.

Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262

UNITE HERE  
**HEALTH** 

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:

(855) 844-5262



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## ***Dental*** (continued)

### ***Your primary dentist under the LIBERTY DHMO***

---

You must pick a primary dentist to provide you and your whole family's dental care. Your primary dentist will also refer you to a specialist, if necessary. Benefits will only be paid for a specialist if LIBERTY has approved the specialist care. The only exception is that you don't need a referral to see a network orthodontist.

You can change your primary dentist any time you want (as long as you don't have an outstanding bill from your current dentist), and as often as you want. However, you must wait to see your new primary dentist until LIBERTY has processed your request to change primary dentists. Usually, if you request a change by the 20th of the month, the change will be effective by the first day of the next month. LIBERTY can tell you whether your change in primary dentists has been made.

You can log in to [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), or contact LIBERTY at (888) 442-4585 to choose a primary dentist or to change a primary dentist.

### ***What you pay under the LIBERTY DHMO***

---

You pay any required copay for your dental care. The booklet titled "LDP-100 Plan Copayment Schedule" lists your copays. If you need a copy of this booklet, contact LIBERTY or UNITE HERE HEALTH.

Many types of routine dental care, such as routine exams, cleanings, and x-rays, have no copays. Copays may apply to other types of dental care.

You also have to pay for any dental care that isn't covered, including dental care you get more often than is covered (for example four routine cleanings in a year).

### ***What's covered under the LIBERTY DHMO***

---

There may be limits on how often certain services and supplies are covered. If the amount of time in any limitation (page 5) has not passed since the service or supply was last provided, you may have to pay the entire cost. You can always contact LIBERTY to find out the last time you got benefits for a certain service or supply.

LIBERTY's patient charge schedule and certificates of coverage contain more specific information about the circumstances under which dental care is covered.

## ***Dental*** (continued)

- **Diagnostic and preventive services and procedures**, including but not limited to exams and cleanings.
  - Routine cleanings (prophylaxis), limited to once every six consecutive months. Additional cleanings may be permitted under certain circumstances; you will usually pay a copay for additional cleanings.
  - Complete series of x-rays (full-mouth) or panoramic films, limited to one set every 36 consecutive months.
  - Topical application of fluoride, limited to once every six consecutive months.
  - Sealants for children under age 14, limited to once per tooth every 36 consecutive months. Sealants are covered only for first and second permanent molars, and only if the tooth has no cavities (caries).
- **Emergency palliative care** to temporarily relieve pain and discomfort.
- **Diagnostic x-rays** to diagnose a specific condition.
- **Restorative services**, including but not limited to inlays, onlays, crowns, and labial veneers.
  - Fabricated crowns, onlays, and inlays may be covered when a tooth with a good prognosis needs to be restored but there isn't enough of the tooth left to retain a filling. These services will only be covered if you are age 16 or older.
  - Replacement of crowns and labial veneers are limited to once every five consecutive years.
- **Endodontic services and procedures** to treat teeth with diseased or damaged nerves, including but not limited to pulp caps, pulpal therapy, root canals, apicoectomy, or endodontic therapy.
- **Periodontic services** to treat diseases of the gums and supporting structures of the teeth, including but not limited to gingivectomy or gingivoplasty, clinical crown lengthening, osseous surgery, grafts, and splinting.
  - Deep cleaning (periodontal scaling and root planing) is limited to once every 24 consecutive months.
  - Surgical periodontal services are limited to once in a 36-month period.
  - Full mouth debridement to remove extensive plaque and tartar is limited to once in a 24-month period.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH** 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262

UNITE HERE  
HEALTH 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## ***Dental*** (continued)

- **Prosthodontics**, including but not limited to dentures and tissue conditioning, and repairs to prosthodontics (such as relining and rebasing).
  - Fixed partial dentures are covered when replacing a “like-for-like” fixed partial denture with identical pontics and abutment teeth.
  - Replacement of a full or partial denture is covered once per arch every 5 years, but only if the denture can’t be made to work through relining or repair.
  - Denture relining is limited to 1 every 12 consecutive months.
  - Replacement of crowns, labial veneers, or fixed partial dentures is limited to one unit every 5-year period.
- **Oral surgery**, extractions and other surgical procedures, including pre-operative and post-operative care, and general anesthesia. No coverage is provided if you are under age 15.
- **Orthodontic treatment**, limited to 24 months of active treatment, plus a further 24 months of office visits to maintain the active treatment.

### ***What’s not covered under the LIBERTY DHMO***

---

The following types of treatments, services, and supplies are not covered.

- Services or supplies provided by a non-network dentist without LIBERTY’s prior approval, except in the case of an emergency.
- Procedures that are not dentally necessary in accordance with professionally recognized standards of dental practice.
- Procedures performed on natural teeth solely to increase vertical dimension or restore occlusion.
- Services or supplies provided by a specialist if your primary dentist has not referred the specialist, or if LIBERTY has not approved the specialist.
- Services or supplies provided outside your primary dentist’s office, except in the case of an emergency.
- Services not covered under the terms of LIBERTY’s contract.
- Procedures that have a poor prognosis, as determined by LIBERTY.
- Services or supplies provided more frequently than allowed.
- Treatment started prior to coverage, or after termination of coverage, unless allowed by LIBERTY.
- Cosmetic services, or services for conditions due to hereditary developmental defects, such as cleft palate, upper and lower jaw malformations, congenitally missing teeth, and teeth that are discolored or lacking enamel.

## ***Dental*** (continued)

- General anesthesia, analgesia, intravenous/intramuscular sedation or the services of an anesthesiologist unless specifically covered by LIBERTY.
- Procedures, appliances, or restorations to treat temporomandibular joint (TMJ) dysfunctions, congenital or developmental situations, or medically induced dental disorders, including but not limited to myofunctional treatment, or myoskeletal dysfunctions, unless covered as an orthodontic benefit.
- Removal of asymptomatic, unerupted teeth, including third molars, that appear to have an unimpeded pathway to eruption and no active pathology.
- Procedures or appliances that are provided by a dentist who specializes in prosthodontic services.
- Services for restoring tooth structure lost from wear (abrasion, erosion, attrition, or abfraction), for rebuilding occlusion or maintaining chewing surfaces, for teeth that are out of alignment, or for stabilizing teeth.
- Any routine dental services performed by a dentist or dental specialist in an inpatient or outpatient hospital setting.
- Consultations for non-covered services.
- With respect to orthodontic treatment, any of the following:
  - Replacement of lost, stolen, or broken orthodontic appliances.
  - Extractions for orthodontic purposes. However, this exclusion does not apply to extractions consistent with professionally recognized standards of dental practice or that arise in the context of an emergency dental condition.
  - Surgical orthodontics for TMJ syndrome.
  - Myofunctional therapy.
  - Treatment of cleft palate, micrognathia, or macroglossia.
  - Changes in orthodontic treatment caused by an accident of any kind.
- Treatment started before you become eligible for dental benefits.
- The replacement of an amalgam or resin restoration less than 12 months after the same contracted dentist or office performed the original restoration.
- Replacement of lost or stolen prosthetics or appliances, including orthodontics, partial dentures, full dentures, and orthodontic appliances.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH** 

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continued)

### ***Dental benefits under the LIBERTY DHMO after eligibility ends***

---

Benefits will only be paid for covered services and supplies incurred before your coverage ends. However, benefits will continue to be paid for root canals, crowns, or dentures started before your coverage ends as long as treatment is completed within 60 days of the date you lose coverage.

If coverage ends because the Plan terminates, in whole or in part, no benefits will be available for claims submitted after coverage ends.

### ***Filing a dental claim under the LIBERTY DHMO***

---

You generally don't need to file a claim for dental care. If you do need to file a claim for dental care (which will usually only happen if you need emergency treatment), you can get a claim form from LIBERTY by calling (888) 442-4585 or visiting [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

You will need to provide all the information LIBERTY needs to process the claim.

Contact LIBERTY if you need a copy of the evidence of coverage, or if you need more information about claim filing, processing, or appeal procedures.

#### ***Mail your claims to:***

*LIBERTY Dental Plan  
Claims Department  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110*

### ***Contract with LIBERTY governs your DHMO benefits***

---

The contract between UNITE HERE HEALTH and LIBERTY determines what your benefits are. If there is any conflict between any information the Plan prepares (such as this SMM or your SPD) and the contract, the terms of the LIBERTY contract govern. The parts of your SPD that talk about coordination of benefits, subrogation, general exclusions and limitations, claim filing and appeal provisions, and definitions do not apply to the DHMO benefits provided by LIBERTY.



**Dental** (continued)

# LIBERTY DPPO option

UNITE HERE HEALTH has contracted with LIBERTY to administer DPPO benefits for you and your dependents.

**LIBERTY Dental Plan**

(888) 442-4585

8 a.m. – 5 p.m. (Pacific time)

Monday – Friday; 24/7 emergency services are available

[libertydentalplan.com](http://libertydentalplan.com)

(you have to register for an account)

## What you pay under the LIBERTY DPPO option

<b>Your deductibles</b>	<b>Network</b>	<b>Non-Network</b>
Your calendar year deductibles (you pay before the Plan pays benefits for your dental care) <i>Does not apply to diagnostic and preventive services, emergency palliative services, diagnostic x-ray services, and orthodontic services</i>	\$50/person \$150/family	
<b>Your co-insurance</b>	<b>Network</b>	<b>Non-Network</b>
Diagnostic and preventive services	\$0	30%
Emergency palliative services	\$0	30%
Diagnostic x-ray services	\$0	30%
Minor restorative services	20%	40%
Periodontic services	20%	40%
Endodontic services	20%	40%
Oral surgery	20%	40%
Major restorative services	50%	60%
Prosthodontic services	50%	60%
Prosthodontic repairs	50%	60%
Orthodontic care	50%	50%
<b>Maximum benefit paid</b>	<b>Network</b>	<b>Non-Network</b>
Non-Orthodontic dental care <i>Maximum does not apply to your dental exam if you are under age 19</i>	\$1,500 per person per calendar year	
Orthodontic care	\$2,500 lifetime maximum per person	

Get answers to all your questions:  
**(855) 844-5262**



[www.uhh.org](http://www.uhh.org)  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## ***Dental*** (continued)

You must pay your deductible and coinsurance amounts (page 9) for your share of covered expenses. You must also pay any expenses that are not considered covered expenses, including any amounts over the allowable charge.

The deductibles do not apply to diagnostic and preventive services, emergency palliative services, diagnostic x-ray services, and orthodontic services.

### ***Maximum benefits under the LIBERTY DPPO option***

---

**Non-Orthodontic dental care:** The Plan pays up to \$1,500 per person each year for network and non-network dental care combined. Once the Plan pays \$1,500 for your dental care during a year, no more benefits will be paid for your dental care for the rest of that year.

**Orthodontic care:** The Plan pays up to a lifetime maximum of \$2,500 per person for network and non-network orthodontic care combined. Once the \$2,500 lifetime maximum is reached, no more benefits will be paid for your orthodontic care.

### ***Alternate course of treatment under the LIBERTY DPPO option***

---

If there is a different type of treatment that would be at least as effective as your dental treatment, but costs less, the allowable charge will be based on the less expensive alternate type of treatment. This rule applies if the alternate type of dental treatment is both:

- Commonly used to treat your condition, as determined by LIBERTY.
- Recognized by most dentists to be appropriate based on current national dental practices.

### ***What's covered under the LIBERTY DPPO option***

---

There may be limits on how often certain services and supplies are covered. If the amount of time in any limitation shown below has not passed since the service or supply was last provided, you may have to pay the entire cost. You can always contact LIBERTY to find out the last time you got benefits for a certain service or supply.

- **Diagnostic and preventive services** and procedures to evaluate existing conditions and/or to prevent dental abnormalities or disease, including but not limited to exams, cleanings, and consultations with a non-treating dentist.
  - Routine cleaning (prophylaxis) and periodontal cleaning — two every 12 months.
  - Oral exams — two every 12 months.

## **Dental** *(continued)*

- Bitewing x-rays — two series every 12 months.
- Full mouth x-rays (which include bitewing x-rays) — one every 36 months. Panoramic x-rays (including bitewings) are considered a full mouth x-ray.
- Topical application of fluoride if you are under age 19 — once every 6 months.
- Sealants to the first and second permanent molars — one application during your lifetime. Sealants are covered only on the first or second molar, and only if the tooth is free of decay and has not had a restoration.
- **Emergency palliative care**, including treatment to temporarily relieve pain and discomfort.
- **Diagnostic x-rays** to diagnose a specific condition.
- **Oral surgery**, extractions and other surgical procedures, including pre-operative and post-operative care, and general anesthesia.
- **Endodontic services and procedures** to treat teeth with diseased or damaged nerves (for example, root canals).
  - Benefits for root canal treatment on primary teeth will be limited to the benefits provided for a pulpotomy.
- **Periodontic services** to treat diseases of the gums and teeth.
  - Periodontal surgery, including sub-gingival curettage — 1 per quadrant every 24 months.
  - If you have gingival inflammation, periodontal scaling (deep cleaning) will be paid the same as a regular cleaning (prophylaxis).
  - Deep cleaning (periodontal scaling and root planing) — one full mouth every 24 months; no more than two quadrants performed in same visit or on the same day.
  - Full mouth debridement — one every 24 months.
- **Restorative services** to rebuild, repair, or reform the tissues of the teeth, including but not limited to:
  - Minor restorative services such as amalgam, synthetic porcelain, or resin restorations.
  - Major restorative services such as crowns, jackets, and gold restorations if the tooth cannot be restored with another filling.
  - Amalgam or resin restoration — 1 per tooth per surface every 12 months.
  - Crowns, inlays, onlays, and bridges — one per tooth every 60 months.
  - Benefits for multiple restorations on the same tooth will be limited to the benefit provided for one multi-surface restoration.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:

(855) 844-5262

UNITE HERE  
HEALTH 

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)

711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continued)

- Benefits for resin restorations are limited to those for amalgam restorations if x-rays show decay in the molar or pre-molar on which the resin restoration is placed.
- Benefits for cast restorations with cosmetic (elective) components will be limited to the benefits provided for cast metal restorations.
- Benefits for teeth which cannot have cast restorations because of decay or missing tooth structure on less than four surfaces are limited to the benefits provided for amalgam or resin restorations.
- Benefits for inlays will be limited to the benefits provided for comparable amalgam restorations.
- **Prosthodontic services** and appliances that replace missing natural teeth, including bridges, partial dentures, and complete dentures.
  - Denture rebase or reline — once per arch in a period of 24 consecutive months.
  - Denture adjustments — once per arch in a period of six consecutive months.
  - Complete denture or partial denture — once per arch every 60 months, unless the existing partial denture cannot be made to work because of natural tooth loss.
  - Benefits for a fixed partial denture placed in a dental arch with three or more missing teeth are limited to the benefits provided for removable dentures. However, this limit does not apply to a pre-existing fixed partial denture that is considered covered.
  - Benefits for pontics are limited to the benefit for one pontic if the space between teeth created by a missing tooth is greater than the size of the original tooth.
  - Benefits for personalization of dentures, precision attachments, stress breakers, or specialized techniques are limited to the benefits provided for conventional dentures.
- **Prosthodontic repairs** and relines to prosthetic appliances.
- **Orthodontic services** including x-rays, diagnostic tests, casts and treatment, and fixed or removable appliances, including retention appliances. Only one appliance per person for tooth guidance or to control harmful habits will be covered. Each month of active treatment is a separate service.

### ***What's not covered under the LIBERTY DPPO option***

In addition to expenses related to any general Plan exclusion or limitation, the following types of treatments, services, and supplies are not covered:

## ***Dental*** (continued)

- Topically applied fluorides for persons age 19 or older.
- Space maintainers unless used as a passive appliance because primary teeth have been lost.
- Repair or recementing of space maintainers by the same office within 6 months of initial placement.
- Root canal therapy when x-rays show incompletely filled canals, unresolved periapical pathology, or canals filled with material not approved for endodontic therapy by the American Dental Association.
- Endodontic treatment of a tooth on which endodontic services were previously performed by the same office.
- Endodontic treatment performed in conjunction with removable prosthodontic appliances.
- Alveolectomy/alveoloplasty performed in conjunction with extractions.
- Replacement of a cast restoration within 60 months after initial placement of an existing restoration.
- Crown buildup when x-rays show evidence of sufficient vertical height to support a cast restoration.
- Recementing of inlays, onlays, or crowns by the same office within 6 months of the initial placement.
- Periodontal surgery or therapy in the absence of x-ray evidence of bone loss.
- Grafts or gingivectomies performed in conjunction with osseous surgery.
- Guided tissue regeneration.
- Crown lengthening or gingivoplasty if not performed at least 4 weeks prior to crown preparation.
- Periodontal maintenance procedures performed within 3 months after active periodontal therapy.
- Replacement of an existing prosthodontic appliance within 60 months after initial placement.
- Prosthodontic appliances related to implants.
- Reline or rebase of an existing appliance within 6 months after initial placement.
- Fixed prosthodontics for anyone under age 16.
- Tissue conditioning.
- A pontic when the space between teeth created by a missing tooth is less than 50% of the size of the original tooth.
- Recementing of fixed partial dentures by the same office within 6 months after initial placement.
- Services for injuries or conditions for which you may be able to receive

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH** 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:

(855) 844-5262

UNITE HERE  
HEALTH 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** *(continued)*

- benefits under Workers' Compensation or Employer's Liability laws.
- Services that are available from:
    - Any federal or state government agency, other than programs provided under Medicaid.
    - Any municipality, county, or other political subdivision.
    - Any community agency, foundation, or similar entity.
    - Services designed to correct developmental malformations.
    - Cosmetic surgery or dentistry for cosmetic reasons.
  - Services or appliances, including but not limited to prosthodontics (including crowns and bridges), completed before you became covered under the Plan. Although orthodontic treatment that is performed before you are eligible will not be covered, ongoing orthodontia treatment may be covered after you become eligible.
  - Prescription drugs or their administration.
  - Services of anesthetists or anesthesiologists.
  - Services performed on second or third molars if there is no opposing tooth.
  - Services performed on a tooth when less than 40% of the root is supported by bone.
  - Services performed on a primary tooth when the tooth is about to be lost.
  - Charges for completion of forms.
  - Sealants for persons age 16 or older.
  - Services:
    - That are not necessary and/or customary as determined by the standards of generally accepted dental practice.
    - For which no valid dental need can be demonstrated (as determined by LIBERTY).
    - That are experimental or investigational.
    - Otherwise limited or excluded according to the procedures developed by LIBERTY.
  - Appliances, surgical procedures, and restorations for:
    - Altering vertical dimension.
    - Replacing tooth structure loss resulting from attrition, abrasion, or erosion.
    - Correcting congenital or developmental malformations.
    - Aesthetic or cosmetic purposes.
    - Implantology techniques or edentulous ridge enhancement.
    - Anticipation of future fractures.

## ***Dental*** (continued)

- Treatment by an individual operating outside the scope of his or her license.
- Appliances, restorations, or services for the diagnosis or treatment of disturbances of the temporomandibular joint (TMJ).
- Services performed as a component of another procedure.
- Temporary services or procedures.
- Infection control procedures and fees associated with the rules of the Occupational Safety and Health Administration (OSHA).
- Placement of an additional appliance in the same dental arch less than 60 months following placement of the initial appliance.
- Services covered under the medical benefits.
- Services or supplies provided more frequently than allowed by the Plan.

### ***Predetermination of dental benefits under the LIBERTY DPPO option***

---

If your dentist recommends dental care that is estimated to cost \$300 or more, you can ask LIBERTY to help you determine how much the Plan will pay. This is a voluntary program, but contacting LIBERTY before you have complex or expensive dental work will help you and your dentist understand what the Plan will pay for your proposed care. By contacting LIBERTY in advance, you will have a better idea of what your share of the costs will be so you don't get surprise bills.

If you take advantage of this program, LIBERTY will review your dentist's records and provide you and your dentist with an estimate of what you must pay, and what the Plan will pay. Predetermination of benefits does not guarantee what benefits the Plan will pay or that any benefits will be paid for dental treatment or services provided. As always, any treatment decisions are between you and your dentist. All Plan rules will apply to any dental claims you file.

### ***Dental benefits under the LIBERTY DPPO option after eligibility ends***

---

If your coverage ends, Plan benefits will only be paid for allowable charges incurred for covered expenses before your coverage ends. However, if your coverage ends after your treatment starts for root canals, crowns, and dentures, the Plan continues to pay benefits for these, as long as treatment is completed within 60 days of your loss of coverage.

If coverage ends because the Plan terminates, in whole or in part, no benefits will be available for claims submitted after coverage ends.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

UNITE HERE  
**HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continued)

### ***Filing a dental claim under the LIBERTY DPPO***

If you use a network provider, you usually won't have to file a claim. Non-network dentists may file a claim for you. If you do need to file a claim for dental care, you can get a claim form from LIBERTY by calling (888) 442-4585 or visiting [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com). You will need to provide all information LIBERTY needs to process the claim. Claims must be submitted within 365 days of the date of the claim.

#### ***Mail your claims to:***

*LIBERTY Dental Plan  
Claims Department  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110*

If LIBERTY denies your dental claims, you have the right to appeal the denial. LIBERTY DPPO claims have two levels of appeals.

**First level of appeal:** Appeals for DPPO benefit claims denied by LIBERTY must be sent within 12 months of the date the claim was denied to:

LIBERTY Dental Plan  
Grievance Analyst  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110

**Second level of appeal:** If all or any part of the original denial is upheld (meaning that the claim is still denied, in whole or in part, after your first appeal) and you still think the claim should be paid, you or your authorized representative must submit a second appeal of a prior authorization denial within 45 days of the date the first level denial was upheld to:

The Appeals Subcommittee  
UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

The time frames for when you will have a response to your claim or to an appeal are described in your SPD.



**Dental** (continued)

# Dental Center option

UNITE HERE HEALTH operates the Dental Center out of the UNITE HERE HEALTH Los Angeles regional office. Benefits are provided only when the covered services are furnished at the Dental Center, unless the Dental Center refers you to another dentist

**Dental Center**

130 S. Alvarado St.  
Los Angeles, CA 90057

(213) 484-9660

After-hours: (323) 315-5404

*If you are outside the Dental Center's service area and you have an emergency, contact the Dental Center for instructions.*

## What you pay under the Dental Center option

<b>Your deductibles</b>	<b>Dental Center</b>
Your calendar year deductibles (you pay before the Plan pays benefits for your dental care)	\$0
<b>Your co-insurance</b>	<b>Dental Center</b>
Diagnostic and preventive services	\$0
Emergency palliative services	\$0
Diagnostic x-ray services	\$0
Minor restorative services	10%
Periodontic services	10%
Endodontic services	10%
Major restorative services	15%
Oral surgery	15%
Prosthodontic services	15%
Prosthodontic repairs	15%
Orthodontic care	Not covered
<b>Maximum benefit paid</b>	<b>Dental Center</b>
Maximum benefit payable on your behalf each year	No limit

Get answers to all your questions:  
**(855) 844-5262**



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:

(855) 844-5262

UNITE HERE  
HEALTH 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## ***Dental*** (continued)

You usually will have to pay your share of the dental cost at the end of your visit. However, services requiring laboratory work (such as dentures, bridges, crowns, etc.) must be paid for in advance of the final appointment and delivery. Future appointments may not be made if your account has an unpaid balance.

If you schedule a dental appointment for a procedure(s) expected to last 90 minutes or more, you will need to make a \$50 non-refundable advance deposit. This deposit will be credited to your costs for the procedure(s). However, if you do not call the Dental Center at least 24 hours before your appointment to reschedule or cancel, the \$50 deposit will not be refunded. You will have to pay a new \$50 deposit when you re-schedule the appointment.

A \$25 missed appointment fee applies to any missed scheduled appointment unless you call the Dental Center at least 24 hours before your appointment.

The Dental Center performs certain dental treatments that are not considered covered expenses, such as implants or cosmetic procedures, at discounted fees. If you choose treatment that is not covered, you are responsible for the entire cost.

### ***What's covered under the Dental Center option***

---

Covered expenses mean all allowable charges made by a Dental Center dentist for the following services and supplies, if determined by the Dental Center to be based on a valid dental need and performed according to accepted standards of dental practice:

- **Diagnostic and preventive services:** services and procedures to evaluate existing conditions and/or to prevent dental abnormalities or disease, including examinations, routine cleanings and consultations with a non-treating dentist.
- **Emergency palliative treatment:** nonspecific treatment by a dentist to temporarily relieve pain and discomfort.
- **Radiographs:** x-rays as required or as part of the diagnosis of a specific condition.
- **Oral surgery services:** extractions and other surgical dental procedure, including preoperative and post-operative care, and general anesthesia.
- **Endodontic services:** services and procedures for the treatment of teeth with diseased or damaged nerves (for example, root canals).

## ***Dental*** (continued)

- **Periodontic services:** services and procedures for the treatment of diseases of the gums and supporting structures of the teeth.
- **Restorative services:** services and procedures to rebuild, repair, or reform the tissues of the teeth, including but not limited to:
  - Minor restorative services: amalgam or resin restorations.
  - Major restorative services: crowns and restorations involving gold when the teeth cannot be restored with another filling.
- **Prosthodontic services:** services and appliances that replace missing natural teeth, including bridges, partial dentures, and complete dentures.
- **Prosthodontic repairs:** repairs and relines to prosthetic appliances.

### ***What's not covered***

---

In addition to the Plan's general exclusions and limitations shown in your SPD, no benefits are provided for the following, unless the Dental Center deems such care to be necessary and appropriate:

- Services and supplies provided outside of the Dental Center, unless such services or supplies are provided in accordance with a referral made by the Dental Center.
- Space maintainers unless used as a passive appliance due to the loss of primary teeth.
- Repair of space maintainers, or recementing by the same office within six months of initial placement.
- Root canal therapy when radiographs indicate incompletely filled canals, unresolved periapical pathology, or canals filled with material not approved for endodontic therapy by the American Dental Association.
- Endodontic treatment of a tooth on which endodontic services were previously performed by the same office.
- Endodontic treatment performed in conjunction with removable prosthodontic appliances.
- Pulpal therapy on non-vital deciduous teeth.
- Replacement of a cast restoration within 60 months after initial placement of an existing restoration.
- Crown buildup when there is radiographic evidence of sufficient vertical height to support a cast restoration.
- Repair of cast restorations.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH** 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:

(855) 844-5262

UNITE HERE  
HEALTH 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** *(continued)*

- Periodontal surgery or therapy in the absence of radiographic evidence of bone loss.
- Guided tissue regeneration.
- Crown lengthening or gingivoplasty if not performed at least 4 weeks prior to crown preparation.
- Periodontal maintenance procedures performed within 3 months after active periodontal therapy.
- Replacement or repair of an existing prosthodontic appliance within 60 months after initial placement or repair.
- Implants.
- Prosthodontic appliances connected to implants.
- Reline or rebase of an existing appliance within 6 months after initial placement.
- Fixed prosthodontics for persons under age 16.
- A pontic when the space between teeth created by a missing tooth is less than 50% of the size of the original tooth.
- Services for injuries or conditions compensable under Workers' Compensation or Employer's Liability laws.
- Services that are available from:
  - Any federal or state government agency, other than programs provided under Medicaid.
  - Any municipality, county, or other political subdivision.
  - Any community agency, foundation, or similar entity.
- Services designed to correct developmental malformations.
- Cosmetic surgery or dentistry for cosmetic reasons.
- Services or appliances, including, but not limited to, prosthodontics (including crowns and bridges), completed before you became covered under the Plan.
- Services of anesthetists or anesthesiologists.
- Services performed on second or third molars if there is no opposing tooth.
- Services performed on a tooth when less than 40% of the root is supported by bone.
- Services performed on primary teeth when loss is imminent.

## ***Dental*** (continued)

- Major oral maxillofacial surgery.
- Charges for completion of forms.
- Sealants for persons age 16 or older.
- Orthodontic services.
- Services:
  - That are not necessary and/or customary as determined by the standards of generally accepted dental practice.
  - For which no valid dental need can be demonstrated.
  - That are experimental or investigational in nature.
  - That are otherwise limited or excluded according to the processing procedures developed by the Dental Center.
- Appliances, surgical procedures, and restorations for:
  - Altering vertical dimension.
- Replacing tooth structure loss resulting from attrition, abrasion, or erosion.
  - Correcting congenital or developmental malformations.
  - Aesthetic or cosmetic purposes.
  - Implantology techniques or edentulous ridge enhancement.
  - Anticipation of future fractures.
- Treatment by anyone other than a healthcare professional, except for the scaling or cleaning of teeth and topical application of fluoride by a licensed dental hygienist (or other licensed provider) under the supervision and guidance of a dentist in accordance with generally accepted dental standards.
- Appliances, restorations, or services for the diagnosis or treatment of disturbances of the temporomandibular joint (TMJ).
- Services performed as a component of another procedure.
- Temporary services or procedures.
- Infection control procedures and fees associated with compliance with the Occupational Safety and Health Administration (OSHA).
- Services and supplies covered under a medical HMO.
- Placement of an additional appliance in the same dental arch less than 60 months following placement of the initial appliance.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262

## **Dental** *(continued)*

### ***Pre-estimate of dental needs under the Dental Center option***

---

Before any treatment other than cleanings and x-rays is performed, the Dental Center will provide an estimate of your dental needs, including a written estimate of the cost of the proposed dental treatment and your approximate share of the cost.

### ***Dental benefits under the Dental Center option after eligibility ends***

---

If coverage ends because of the loss of eligibility for reasons other than termination of UNITE HERE HEALTH, benefits will only be determined for allowable charges incurred for covered expenses before coverage ends. However, if coverage ends after covered treatment begins for crowns, jackets, bridges, complete dentures, or partial dentures, benefits for the completion of that treatment will be paid, provided the treatment is completed within 60 days of the date coverage ends.

If coverage ends because the Plan terminates, in whole or in part, no benefits will be available for claims submitted after coverage ends.

### ***Filing a claim***

---

You don't need to file a claim if you use the Dental Center. Remember, dental care provided outside the Dental Center is not normally covered. If the Dental Center directs you to use a dentist outside of the Dental Center, ask UNITE HERE HEALTH for help filing a claim for the services. The claim filing and appeal procedures described in your SPD apply to claims under the Dental Center option. These claims will have one level of appeal, directly to the Board of Trustees.



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **General**

# **Coverage for domestic partners ends**

Your domestic partner can be enrolled on and after April 1, 2016 only if you and your domestic partner have a valid Declaration of Domestic Partnership filed with California. If your domestic partner was enrolled before April 1, 2016, he or she will continue to be considered your dependent through December 31, 2016 even if there is no Declaration of Domestic Partnership. Children of your enrolled domestic partner will also continue to be considered your dependents through December 31, 2016.

You can continue to cover your domestic partner after January 1, 2017 if you and your domestic partner have filed a Declaration of Domestic Partnership with California. (You will have to meet California's rules about who can declare domestic partnership. Among other rules, you and your partner must be the same gender; or, if of opposite gender, at least one of you must be over age 62 and eligible for Social Security.) Make sure UNITE HERE HEALTH has a copy of the Declaration.

The Plan will continue to cover your legal spouse and your children, including stepchildren. The Plan will also cover your domestic partner and children of your domestic partner if you have a Declaration of Domestic Partnership.

You have the right to add a new spouse or a new child as your dependent. The rules for enrolling a new dependent will apply. Marriage is a special enrollment event; you can enroll new dependents within 60 days of a special enrollment event. The Plan treats your Declaration of Domestic Partnership as a marriage.

See your SPD or call us with questions about enrolling dependents.

**Get answers  
to all your  
questions:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH** 

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## Dental

# Sus opciones de cobertura dental están cambiando

Desde el 1 de junio del 2016, sus opciones dentales son:

- Una opción de organización de mantenimiento de la salud dental (DHMO) a través del plan LIBERTY Dental (LIBERTY).
- Una opción de organización de proveedor dental preferido (DPPO) a través de LIBERTY.
- El UNITE HERE HEALTH Dental Center en Los Ángeles.

Lo siguiente es un resumen de lo que pagaría por ciertos tipos comunes de asistencia dental si utiliza un proveedor de la red. (Sus copagos reales bajo el plan DHMO pueden variar en base a la asistencia y tratamiento dental real que reciba). En este SMM encontrará más información sobre cada opción.

***¿Está en el Health Net HMO? Cambie al Kasier HMO y ayude a su Plan a ahorrar dinero.***

*Puede cambiar al Kaiser HMO ahora; no tiene que esperar hasta la siguiente inscripción abierta. Contacte con UNITE HERE HEALTH para obtener ayuda sobre cómo cambiar al Kaiser HMO.*

Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y modificaciones en los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción resumida del Plan (SPD, según sus siglas en inglés).

El SMM aborda los cambios que afectan todos los beneficios presentes en la SPD y puede incluir modificaciones y beneficios que no rigen en su caso particular, según las elecciones que realiza su empleador.

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia. Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.

# Cambios a Sus Beneficios

UNITE HERE  
**HEALTH**

(855) 844-5262

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919



Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Dental** (continuación)

**Sus opciones dentales**

<b>Qué paga usted</b>	<b>LIBERTY DHMO</b>	<b>LIBERTY DPPO</b>	<b>Dental Center</b>
Añual deducible	No aplicable	\$50 por persona y \$150 por familia	No aplicable
Exámenes orales rutinarios	\$0	\$0	\$0
Radiografías rutinarias	\$0	\$0	\$0
Limpieza dental ( <i>profilaxis</i> )	\$0	\$0	\$0
Aplicación de flúor en dientes de niños	\$0	\$0	\$0
Mantenedores de espacio	\$0	\$0	\$0
Empastes ( <i>amalgama</i> )	\$0	20% tras deducible	10%
Coronas	\$0	50% tras deducible	15%
Limpieza profunda ( <i>curetaje periodontal y limpieza de raíces</i> )	\$0	20% tras deducible	10%
Dentadura completa superior ( <i>maxilar</i> )	\$0	50% tras deducible	15%
Extraer diente impactado de encía ( <i>diente incluido</i> )	\$0	20% tras deducible	15%
Ortodoncia integral para un niño	\$1,550	50% ( <i>Beneficios del plan limitados a \$2,500</i> )	No tiene cobertura
<b>Beneficio máximo pagado</b>	<b>LIBERTY DHMO</b>	<b>LIBERTY DPPO</b>	<b>Dental Center</b>
Por cada persona, los beneficios dentales pagados estarán limitados cada año a	No aplicable	\$1,500	No aplicable
Por cada persona, los beneficios pagados de por vida por ortodoncia están limitados a	24 meses de tratamiento ( <i>sin limitación monetaria</i> )	\$2,500	No aplicable ( <i>ortodoncia no cubierta</i> )
<b>Beneficios fuera de la red</b>	<b>LIBERTY DHMO</b>	<b>LIBERTY DPPO</b>	<b>Dental Center</b>
¿Existen beneficios por atención fuera de la red?	No, excepto para emergencias ( <i>limitado a \$75 al año</i> )	Sí, pero usted paga el 20%-60% ( <i>consulte la página 9 para obtener más información</i> )	No, excepto para emergencias

## **Dental** (continuación)

# Opción LIBERTY DHMO

UNITE HERE HEALTH ha realizado un acuerdo con LIBERTY para proporcionar beneficios DHMO a usted y a sus dependientes.

### **LIBERTY Dental Plan**

**(888) 442-4585**

*8 a.m. – 5 p.m. (hora del Pacífico)*

*Lunes a viernes; Servicios de*

*emergencia 24/7 disponibles*

***libertydentalplan.com***

*(debe registrarse para obtener una cuenta)*

### ***Usar sus beneficios LIBERTY DHMO***

Sus beneficios dentales se proporcionan a través de una organización de mantenimiento de la salud dental (DHMO). Bajo un DHMO, debe seguir ciertas reglas para obtener beneficios dentales. Si no sigue estas reglas, puede tener que abonar usted mismo todo el coste del tratamiento dental. Si tiene alguna pregunta sobre cómo usar sus beneficios dentales, contacte con LIBERTY en el (888) 442-4585.

- Debe elegir un dentista primario que esté en la red de LIBERTY DHMO. Su dentista primario proporciona asistencia dental a toda su familia, y le refiere a especialistas dentales si fuera necesario.
- Excepto en el caso de emergencia, debe usar un dentista de la red. Si no usa un dentista de la red, tendrá que abonar usted mismo todo el coste del tratamiento dental.

Si tiene una emergencia, como un sangrado excesivo, infección aguda o dolor grave, intente contactar con su dentista primario. Su dentista primario debería atender cualquier emergencia en un plazo de 24 horas. Si está fuera de la zona de servicio de LIBERTY, o no puede localizar a su dentista primario, puede ir a cualquier dentista para recibir tratamiento. Debería realizar un seguimiento con su dentista primario. Si utiliza un dentista de la red, debería presentar una reclamación ante LIBERTY. LIBERTY abonará hasta \$75 cada año por sus costes para recibir tratamiento de emergencia de un dentista fuera de la red. Seguirá siendo responsable de: cualquier copago por su atención, los cargos sobre el reembolso máximo de \$75, o cualquier cargo que LIBERTY no cubra.

- Siempre puede obtener una segunda opinión en relación con la asistencia dental propuesta. Póngase en contacto con LIBERTY para obtener una recomendación a otro dentista.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org

711 N. Commons Drive

Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

### ***Su dentista primario bajo LIBERTY DHMO***

Debe elegir un dentista primario que proporcione a usted y a su familia asistencia dental. Su dentista primario le referirá a un especialista si fuera necesario. Los beneficios solo se abonarán para el especialista si LIBERTY ha aprobado la atención especializada. La única excepción es que no necesita una derivación para ver a un ortodoncista de la red.

Puede cambiar su dentista primario en cualquier momento (siempre que no tenga una factura pendiente de su dentista actual), y tan a menudo como desee. Sin embargo, debe esperar para ver a su nuevo dentista primario hasta que LIBERTY haya procesado su solicitud de cambiar de dentista primario. Normalmente, si usted solicita un cambio el día 20 del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. LIBERTY puede comunicarle cuando su cambio de dentista primario se haya realizado.

Puede entrar en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), o contactar con LIBERTY en el (888) 442-4585 para elegir un dentista primario o cambiarlo.

### ***Qué paga usted bajo el LIBERTY DHMO***

Usted abonará cualquier copago requerido por su asistencia dental. El folleto titulado “Esquema de copagos del Plan LDP-100” lista sus copagos. Si necesita una copia de este folleto, contacte con UNITE HERE HEALTH o con LIBERTY.

Muchos tipos de asistencia dental rutinaria, como exámenes estándar, limpiezas y rayos X no tienen copago. Los copagos también pueden aplicarse a otros tipos de asistencia dental.

También tiene que pagar los tratamientos dentales que no estén cubiertos, incluyendo asistencia dental que recibe más a menudo de lo cubierto (por ejemplo, cuatro limpiezas rutinarias al año).

### ***Qué está cubierto bajo el LIBERTY DHMO***

Existen límites sobre la frecuencia con la que ciertos servicios y tratamientos se cubren. Si no ha pasado el periodo de tiempo (página 5) desde que se proporcionó por última vez el servicio o tratamiento, quizá tenga que pagar el coste completo. Siempre puede contactar con LIBERTY para saber cuándo obtuvo beneficios por última vez para un cierto servicio o tratamiento.

El esquema de cargos al paciente de LIBERTY y los certificados de cobertura contienen información específica sobre qué está cubierto en su plan dental.

- **Diagnóstico y servicios y procedimientos preventivos**, incluyendo, pero sin limitación, exámenes y limpiezas.
  - Limpiezas rutinarias (profilaxis), limitadas a una cada seis meses consecutivos. Pueden permitirse limpiezas adicionales bajo ciertas circunstancias; normalmente abonará un copago por las limpiezas adicionales.

## **Dental** (continuación)

- Series completas de radiografías (boca completa) o radiografías panorámicas, limitadas a un conjunto cada 36 meses consecutivos.
- Aplicación tópica de flúor, limitada a una cada seis meses consecutivos.
- Selladores para niños menores de 14 años, limitados a uno por diente cada 36 meses consecutivos. Los selladores están cubiertos solo para los primeros y segundos molares permanentes, y solo si el diente no tiene caries.
- **Cuidado paliativo de emergencia** incluyendo tratamiento para aliviar temporalmente el dolor y las molestias.
- **Radiografías de diagnóstico** para diagnosticar una condición específica.
- **Servicios restauradores** incluyendo, pero sin limitación, inlays, onlays, coronas y carillas labiales.
  - Las coronas fabricadas, onlays e inlays pueden estar cubiertos cuando un diente con una buena prognosis necesite ser restaurado pero no quede suficiente diente para retener un empaste. Estos servicios solo estarán cubiertos si el paciente tiene una edad mínima de 16 años.
  - La sustitución de coronas y carillas labiales está limitada a 1 cada cinco años consecutivos.
- **Tratamientos y procedimientos de endodoncia** para tratar dientes con nervios enfermos o dañados, incluyendo, pero sin limitación, recubrimiento pulpar, terapia pulpar, endodoncias, apicectomías o terapia endodóntica.
- **Servicios periodónticos** para tratar enfermedades de las encías y dar soporte a la estructura de los dientes, incluyendo gingivectomía o gingivoplastia, alargamiento clínico de coronas, cirugía ósea, injerto óseo y ferulización.
  - La limpieza profunda (curetaje periodontal) está limitada a una vez cada 24 meses consecutivos.
  - Los servicios periodontales quirúrgicos están limitados a una vez en un periodo de 36 meses.
  - El desbridamiento de la boca completa para eliminar una gran cantidad de sarro y placa está limitada a una vez en un periodo de 24 meses.
- **Prostodoncia**, incluyendo, pero sin limitación, acondicionamiento de dentaduras y tejido, y reparaciones de prostodoncia (como rebases).
  - Las dentaduras parciales fijas están cubiertas cuando se sustituye una dentadura parcial fija similar, con enganches y dientes pilares idénticos.
  - La sustitución de una dentadura completa, o parcial se cubre una vez por arco cada 5 años, pero solo si la dentadura no puede hacerse funcionar como debiera mediante rebasados o revestimientos.
  - El revestimiento de la dentadura está limitado a 1 cada 12 meses consecutivos.
  - La sustitución de coronas, carillas labiales o dentaduras parciales fijas está limitada a una unidad cada cinco años.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo cuidado pre y post operatorio, y anestesia general. No se proporciona cobertura para menores de 15 años.
- **Tratamiento de ortodoncia**, limitado a 24 meses de tratamiento activo, más otros 24 meses de visitas a la clínica para mantener el tratamiento activo.

### ***Qué no está cubierto bajo el LIBERTY DHMO***

Los siguientes tipos de tratamiento, servicios y asistencias no están cubiertos.

- Los servicios o tratamientos proporcionados por un dentista fuera de la red sin la aprobación previa de LIBERTY, salvo en caso de emergencia.
- Los procedimientos que no sean necesarios médicamente, de acuerdo con los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica dental.
- Los procedimientos realizados sobre dientes naturales únicamente para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión.
- Los servicios o tratamientos proporcionados por un especialista si su dentista primario no le ha referido al especialista, o si LIBERTY no ha aprobado al especialista.
- Los servicios o tratamientos proporcionados por un dentista fuera de la clínica de su dentista primario, salvo en caso de emergencia.
- Servicios no cubiertos bajo los términos del contrato de LIBERTY.
- Procedimientos que tengan una mala prognosis, según lo determina LIBERTY.
- Los servicios o tratamientos proporcionados más frecuentemente de lo permitido.
- El tratamiento iniciado antes de la cobertura, o tras la finalización de la cobertura, a menos que LIBERTY no apruebe.
- Los servicios cosméticos o los servicios para condiciones causadas por defectos del desarrollo hereditarios, como labio leporino, malformaciones en la mandíbula superior e inferior, dientes ausentes de forma congénita, y dientes descoloridos o sin esmalte.
- La anestesia general, analgesia, sedación intravenosa o intramuscular o los servicios de un anestesista a menos que estén específicamente cubiertos por LIBERTY.
- Los procedimientos, tratamientos o restauraciones para tratar disfunciones de la articulación temporomandibular (ATM), o enfermedades dentales inducidas médicamente, incluyendo pero sin limitación, tratamiento miofuncional o disfunciones musculo-esqueléticas, a menos que se cubran como beneficio ortodóntico.
- Extracción de dientes asintomáticos o impactados, como muelas del juicio, que parecen no tener espacio para su erupción y no tienen patologías activas.
- Procedimientos o tratamientos que se proporcionen por un dentista que se especialice en servicios prostodónticos.

## **Dental** (continuación)

- Servicios para restaurar la estructura de un diente perdida por el desgaste (abrasión, erosión, abfracción...), para reconstruir la oclusión o mantener las superficies de masticación, para dientes desalineados o para estabilizar dientes.
- Cualquier servicio dental rutinario realizado por un dentista o especialista dental en un entorno hospitalario con paciente ingresado o ambulatorio.
- Consultas por servicios no cubiertos.
- Con respecto al tratamiento ortodóntico, cualquiera de los siguientes:
  - Sustitución de aparatos ortodónticos perdidos, robados o rotos.
  - Extracciones con fines ortodónticos. Sin embargo, esta exclusión no se aplica a las extracciones consistentes con los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica dental o que surjan en el contexto de una condición dental de emergencia.
  - Ortodoncia quirúrgica para síndrome ATM.
  - Terapia miofuncional.
  - Tratamiento de labio leporino, micrognatia o macroglosia.
  - Cambios en el tratamiento ortodóntico causado por un accidente de cualquier tipo.
- Tratamiento iniciado antes de tener derecho a sus beneficios dentales.
- La sustitución de restauraciones de amalgama o resina menos de 12 meses desde que el dentista o clínica contratado realizara la restauración original.
- Sustitución de aparatos protésicos perdidos o robados, incluyendo ortodoncias, dentaduras parciales o completas y aparatos ortodónticos.

### ***Beneficios dentales bajo el LIBERTY DHMO tras finalizar la elegibilidad***

Los beneficios solo se abonarán por los servicios y tratamientos cubiertos incurridos antes de que finalice su cobertura. Sin embargo, los beneficios seguirán siendo abonados para endoncias, coronas o dentaduras que se iniciaron antes de que finalice su cobertura siempre que el tratamiento se complete en un plazo de 60 días tras su pérdida de cobertura.

Si la cobertura finaliza porque el Plan finaliza, en su totalidad o parcialmente, no tendrá disponibilidad de ningún beneficio para las reclamaciones presentadas tras finalizar la cobertura.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

UNITE HERE  
**HEALTH** 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

### ***Presentar una reclamación dental bajo el LIBERTY DHMO***

Generalmente no necesitará presentar una reclamación para asistencia dental. Si necesita presentar una reclamación por asistencia dental (lo cual normalmente solo sucede en caso de tratamiento de emergencia), puede obtener un formulario de reclamación de LIBERTY llamando al (888) 442-4585 o visitando [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com). Deberá proporcionar toda la información que LIBERTY necesita para procesar la reclamación.

Contacte con LIBERTY si necesita una copia de la prueba de cobertura, o si necesita más información sobre la presentación, procesamiento o apelación de reclamaciones.

### ***El contrato con LIBERTY rige sus beneficios DHMO***

El contrato entre UNITE HERE HEALTH y LIBERTY determina los beneficios. Si existe un conflicto entre cualquier información que redacte el Plan (como este SMM o su SPD) y el contrato, los términos del contrato de LIBERTY prevalecerán. Las partes de su SPD que hablan sobre la coordinación de beneficios, subrogación, exclusiones y limitaciones generales, presentación de reclamaciones y provisiones de apelaciones, y las definiciones no se aplican al beneficio DHMO proporcionado por LIBERTY.

## **Opción LIBERTY DPPO**

UNITE HERE HEALTH ha realizado un acuerdo con LIBERTY para proporcionar beneficios DPPO a usted y a sus dependientes.

Debe pagar sus importes deducibles y de coseguro (página 9) por su cuota de gastos cubiertos. También debe pagar cualquier gasto que no se considere gasto cubierto, incluyendo los importes sobre el cargo permitido.

### ***Envíe su reclamación por correo a:***

*LIBERTY Dental Plan  
Claims Department  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110*

### ***LIBERTY Dental Plan***

***(888) 442-4585***

*8 a.m. – 5 p.m. (hora del Pacífico)  
Lunes a viernes; Servicios de  
emergencia 24/7 disponibles*

***libertydentalplan.com***

*(debe registrarse para obtener una cuenta)*

## **Dental** (continuación)

Los deducibles no se aplican a los servicios de diagnóstico y preventivos, servicios paliativos de emergencia, servicios de radiografías de diagnóstico y servicios de ortodoncia.

### ***Beneficios máximos bajo la opción LIBERTY DPPO***

**Asistencia dental no ortodóntica:** El Plan paga hasta \$1,500 por persona al año para atención dental en la red y fuera de la red combinada. Una vez que el Plan pague \$1,500 por su asistencia dental durante un año, no se abonarán más beneficios por su asistencia dental para el resto de ese año.

**Atención ortodóntica:** El Plan paga hasta \$1,500 por persona durante su vida para atención ortodóntica en la red y fuera de la red combinada. Una vez que se alcance ese importe, no se abonarán más beneficios por su atención ortodóntica.

### **Qué paga usted bajo la opción LIBERTY DPPO**

<b>Sus deducibles</b>	<b>Red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Sus deducibles por año natural (usted paga antes de que el Plan pague sus beneficios para su asistencia dental) <i>No se aplica a los servicios de diagnóstico y preventivos, servicios paliativos de emergencia, servicios de radiografías de diagnóstico y servicios de ortodoncia.</i>	\$50 por persona \$150 por familia	
<b>Su coseguro</b>	<b>Red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Servicios de diagnóstico y preventivos	\$0	30%
Servicios paliativos de emergencia	\$0	30%
Servicios de radiografía de diagnóstico	\$0	30%
Servicios menores de restauración	20%	40%
Servicios periodónticos	20%	40%
Servicios endodónticos	20%	40%
Cirugía oral	20%	40%
Servicios mayores de restauración	50%	60%
Servicios de prostodóntica	50%	60%
Reparaciones prostodónticas	50%	60%
Atención ortodóntica	50%	50%
<b>Beneficio máximo pagado</b>	<b>Red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Asistencia dental no ortodóntica <i>El máximo no se aplica a su examen dental si tiene menos de 19 años</i>	\$1,500 por persona por año natural	
Atención ortodóntica	\$2,500 máximo de por vida por persona	

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919



**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

### ***Curso de tratamiento alternativo bajo la opción LIBERTY DPPO***

Si existe un tipo de tratamiento diferente que sería al menos tan efectivo como su tratamiento actual, pero cuesta menos, el cargo permitido se basará en el tipo de tratamiento alternativo menos costoso. Esta regla se aplica si el tipo de tratamiento dental alternativo:

- Se usa comúnmente para tratar su condición, según determina LIBERTY.
- Está reconocido por la mayoría de los dentistas como apropiado en base a las prácticas dentales nacionales actuales.

### ***Qué está cubierto bajo la opción LIBERTY DPPO***

Existen límites sobre la frecuencia con la que ciertos servicios y tratamientos se cubren. Si no ha pasado el periodo de tiempo mostrado a continuación desde que se proporcionó por última vez el servicio o tratamiento, quizá tenga que pagar el coste completo. Siempre puede contactar con LIBERTY para saber cuándo obtuvo beneficios por última vez para un cierto servicio o tratamiento.

- **Diagnóstico y servicios y procedimientos preventivos** para evaluar las condiciones existentes y/o para prevenir anomalías o enfermedades dentales, incluyendo exámenes y limpiezas, y consultas con un dentista que no realice el tratamiento.
  - Limpieza rutinaria (profilaxis) y limpieza periodontal; dos cada 12 meses.
  - Exámenes orales, dos cada 12 meses.
  - Radiografías de mordida, dos series cada 12 meses.
  - Radiografías de boca completa (que incluye radiografías de mordida), una cada 36 meses. Las radiografías panorámicas (incluyendo de mordida) se consideran radiografías de boca completa.
  - Aplicación tópica de flúor si es menor de 19 años, una vez cada seis meses.
  - Selladores para los primeros y segundos molares permanentes; una aplicación única. Los selladores se cubren solo para el primer o segundo molar, y solo si el diente no tiene caries ni empastes.
- **Cuidado paliativo de emergencia**, incluyendo tratamiento para aliviar temporalmente el dolor y las molestias.
- **Radiografías de diagnóstico** para diagnosticar una condición específica.
- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo cuidado pre y post operatorio, y anestesia general.
- **Tratamientos y procedimientos de endodoncia** para tratar dientes con nervios enfermos o dañados, por ejemplo tratamiento de canal.
  - Los beneficios para las endodoncias en dientes de leche están limitados a los beneficios proporcionados para una pulpotomía.

## **Dental** (continuación)

- **Servicios periodónticos** para tratar enfermedades de las encías y los dientes.
  - Cirugía periodontal, incluyendo curetaje subgingival; un cuadrante cada 24 meses.
  - Si tiene inflamación gingival, el curetaje periodontal (limpieza profunda) se abonará igual que una limpieza regular (profilaxis).
  - Limpieza profunda (curetaje periodontal y limpieza de raíces); una boca completa cada 24 meses; no más de dos cuadrantes en la misma visita o el mismo día.
  - Desbridamiento de boca completa, uno cada 24 meses.
- **Servicios restauradores** para reconstruir, reparar, o reformar los tejidos del diente, incluyendo, pero sin limitación:
  - Servicios menores de restauración como restauraciones de amalgama, porcelana sintética o resina.
  - Servicios mayores de restauración como coronas, fundas, o restauraciones en oro si el diente no puede ser restaurado con otro empaste.
  - Restauración de amalgama o resina, 1 por diente por superficie cada 12 meses.
  - Coronas, inlays, onlays y puentes, uno por diente cada 60 meses.
  - Los beneficios para múltiples restauraciones en el mismo diente estarán limitados al beneficio proporcionado para una restauración multi superficie.
  - Los beneficios para la restauración en resina están limitados a aquellos para restauraciones de amalgama si la radiografía muestra caries en el molar o premolar sobre el que se coloca la restauración en resina.
  - Los beneficios por restauraciones con molde con componentes cosméticos estarán limitados a los beneficios proporcionados para restauraciones con molde de metal.
  - Los beneficios para los dientes que no tienen restauraciones por molde debido a caries o a que falta estructura del diente en menos de cuatro superficies están limitados a los beneficios para restauraciones de amalgama o resina.
  - Los beneficios para inlays estarán limitados a los beneficios proporcionados por restauraciones de amalgama comparables.
- **Servicios prostodónticos** y aparatos que sustituyen a los dientes naturales, incluyendo puentes, dentaduras parciales y dentaduras completas.
  - Rebasado o revestimiento de dentadura: una vez por arco en un periodo de 24 meses consecutivos.
  - Ajuste de dentadura: una vez por arco en un periodo de seis meses consecutivos.
  - Dentadura completa o dentadura parcial: una vez por arco cada 60 meses a menos que la dentadura parcial existente no pueda hacerse funcionar debido a la pérdida de dientes naturales.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## ***Dental*** (continuación)

- Los beneficios para dentaduras parciales fijas colocadas en un arco dental con tres o más dientes ausentes están limitados a los beneficios proporcionados para dentaduras removibles. Sin embargo, este límite no se aplica a una dentadura parcial fija pre-existente que se consideraba cubierta.
- Los beneficios para puentes están limitados a un puente si el espacio entre los dientes creado por un diente perdido es mayor que el tamaño del diente original.
- Los beneficios para la personalización de dentaduras, enganches de precisión, aliviadores de estrés o técnicas especializadas están limitados a los beneficios proporcionados para dentaduras convencionales.
- **Reparaciones prostodónticas** and relines to prosthetic appliances.
- **Servicios de ortodoncia** incluyendo radiografías, pruebas de diagnóstico, modelos y tratamientos y aparatos fijos o removibles incluyendo aparatos de retención. Solo se cubrirá un aparato por persona para el guiado del diente o el control de hábitos dañinos. Cada mes de tratamiento activo es un servicio independiente.

### ***Qué no está cubierto bajo la opción LIBERTY DPPO***

Además de los gastos relacionados con cualquier exclusión o limitación general del Plan, los siguientes tipos de tratamientos, servicios y aparatos no están cubiertos:

- Aplicación tópica de flúor para personas 19 años o más.
- Mantenedores de espacio a menos que se usen como aparato pasivo porque se han perdido los dientes de leche.
- Reparación o recementación de mantenedores de espacio por la misma clínica en un plazo de seis meses tras la colocación inicial.
- Terapia de canal cuando la radiografía muestre canales no empastados completamente, una patología periapical no resuelta o canales empastados con un material no aprobado para la terapia endodóntica por la American Dental Association.
- Tratamiento endodóntico de un diente en el cual se realizaron servicios de endodoncia por la misma clínica.
- Tratamiento endodóntico realizado junto con aparatos prostodónticos removibles.
- Alevelectomía/alveoplastia realizada en conjunción con extracciones.
- Sustitución de restauración con molde en un plazo de 60 meses tras la colocación inicial de la restauración existente.
- Construcción de corona cuando la radiografía muestre evidencias de suficiente altura vertical para dar soporte a una restauración con molde.
- Recementación de inlays, onlays o coronas por la misma clínica en un plazo de seis meses tras la colocación inicial.
- Cirugía o terapia periodontal en la ausencia de evidencias radiográficas de pérdida ósea.

## **Dental** (continuación)

- Injertos óseos o gingivectomías realizados en conjunción con cirugía ósea.
- Regeneración guiada de tejido.
- Alargamiento de corona o gingivoplastia si no se realiza al menos cuatro semanas antes de la preparación para una corona.
- Procedimientos de mantenimiento periodontal realizados en un plazo de tres meses tras una terapia periodontal activa.
- Sustitución de un aparato prostodóntico existente en un plazo de 60 meses tras la colocación inicial.
- Aparatos prostodónticos relacionados con implantes.
- Revestimiento o rebasado de un aparato existente en un plazo de seis meses tras la colocación inicial.
- Prostodoncia fija para menores de 16 años.
- Acondicionamiento de tejidos.
- Un puente cuando el espacio entre los dientes creado por un diente perdido sea menor que el 50% del tamaño del diente original.
- Recementación de dentaduras parciales fijas por la misma clínica en un plazo de seis meses tras la colocación inicial.
- Servicios por lesiones o condiciones para los cuales pueda recibir beneficios bajo las leyes de Compensación de trabajadores o Responsabilidad del empleador.
- Servicios que estén disponibles de:
  - Cualquier agencia gubernamental federal o estatal, diferente a los programas proporcionados por Medicaid.
  - Cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión política.
  - Cualquier agencia comunitaria, fundación o entidad similar.
  - Servicios designados para corregir malformaciones del desarrollo.
  - Cirugía cosmética u odontología por razones cosméticas.
- Servicios o aparatos, incluyendo, pero sin limitación, prostodoncia (incluyendo coronas y puentes), completados antes de que estuviera cubierto por el Plan. Aunque el tratamiento ortodóntico que se realizó antes de que usted fuera elegible no estará cubierto, el tratamiento de ortodoncia continuado puede estar cubierto una vez usted sea elegible.
- Medicamentos con receta o su administración.
- Servicios de anestesistas o anestesiólogos.
- Servicios realizados en segundos o terceros molares si no hay diente opuesto.
- Servicios realizados en un diente cuando menos del 40% de la raíz esté soportada por el hueso.
- Servicios realizados en dientes de leche cuando esté a punto de caerse.
- Cargos por completar formularios.
- Selladores para personas 16 años o más.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)

711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

- Servicios:
  - Que no sean necesarios o habituales como lo determinan los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.
  - Para los que no se pueda demostrar una necesidad dental válida (determinado por LIBERTY).
  - Que son experimentales o con fines de investigación.
  - Limitados o excluidos según los procedimientos desarrollados por LIBERTY.
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones para:
  - Alterar la dimensión vertical.
  - Sustituir la estructura perdida de un diente como resultado de abrasión, desgaste o erosión.
  - Corregir malformaciones congénitas o del desarrollo.
  - Con fines estéticos o cosméticos.
  - Técnicas de implantología o mejora de la cresta edéntula.
  - Anticipación a futuras fracturas.
- Tratamiento por un individuo que opere fuera del alcance de su licencia.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de perturbaciones de la articulación temporomandibular (ATM).
- Servicios realizados como un componente de otro procedimiento.
- Servicios o procedimientos temporales.
- Procedimientos de control de infecciones y tarifas asociadas con las reglas de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA).
- Colocación de un aparato adicional en el mismo arco dental menos de 60 meses tras la colocación del aparato inicial.
- Servicios cubiertos bajo otros beneficios médicos.
- Los servicios o tratamientos proporcionados más frecuentemente de lo permitido por el Plan.

### ***Predeterminación de los beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DPPO***

---

Si su dentista recomienda que el tratamiento dental tiene un coste estimado de \$300 o más, puede pedir a LIBERTY que le ayuda a determinar cuánto le abonará el Plan. Éste es un programa voluntario, pero si contacta con LIBERTY antes de someterse a un trabajo dental complejo o costoso, les ayudará a usted y a su dentista a comprender qué abonará el Plan para su tratamiento propuesto. Al contactar con LIBERTY por adelantado, tendrá una mejor idea de cuál será su cuota de los gastos, para no tener que enfrentarse a facturas sorpresa.

## **Dental** (continuación)

Si aprovecha este programa, LIBERTY revisará los registros de su dentista y le proporcionará a usted y a su dentista un presupuesto de cuánto debe pagar y de cuánto pagará el Plan. La predeterminación de beneficios no garantiza qué beneficios abonará el Plan o qué beneficios se pagarán por el tratamiento o los servicios dentales proporcionados. Como siempre, cualquier decisión sobre su tratamiento es entre usted y su dentista. Todas las reglas del Plan se aplicarán a todas las reclamaciones dentales que presente.

### ***Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DPPO tras finalizar la elegibilidad***

Si su cobertura finaliza, los beneficios del Plan solo se abonarán por los cargos permitidos incurridos por los gastos cubiertos antes de que finalice su cobertura. Sin embargo, si su cobertura finaliza tras el inicio de su tratamiento para endodoncias, coronas y dentaduras, el Plan seguirá pagando beneficios por estos, siempre que el tratamiento se complete en un plazo de 60 días tras su pérdida de cobertura.

Si la cobertura finaliza porque el Plan finaliza, en su totalidad o parcialmente, no tendrá disponibilidad de ningún beneficio para las reclamaciones presentadas tras finalizar la cobertura.

### ***Presentar una reclamación dental bajo el LIBERTY DPPO***

Si utiliza un proveedor de la red, normalmente no tendrá que presentar una reclamación. Los dentistas fuera de la red pueden presentar una reclamación por usted. Si necesita presentar una reclamación por asistencia dental, puede obtener un formulario de reclamación de LIBERTY llamando al (888) 442-4585 o visitando [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com). Deberá proporcionar toda la información que LIBERTY necesita para procesar la reclamación. Las reclamaciones deben presentarse en un plazo de 365 días tras la fecha de la reclamación.

Si LIBERTY rechaza sus reclamaciones dentales, tiene el derecho a apelar a la denegación. Las reclamaciones de LIBERTY DPPO tienen dos niveles de apelaciones.

#### ***Envíe su reclamación por correo a:***

*LIBERTY Dental Plan  
Claims Department  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110*

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

[www.uhh.org](http://www.uhh.org)  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

**Primer nivel de apelación:** Las apelaciones por reclamaciones de beneficios DPPO denegadas por LIBERTY deben enviarse en un plazo de 12 meses tras la fecha en que se denegó la reclamación a:

LIBERTY Dental Plan  
Grievance Analyst  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110

**Segundo nivel de apelación:** Si se mantiene todo o parte de la denegación original (lo que significa que la reclamación sigue rechazada en su totalidad o en parte tras su primera apelación) y sigue creyendo que la reclamación debería ser abonada, usted o su representante autorizado deben enviar una segunda apelación de la primera denegación de autorización en un plazo de 45 días tras la fecha en que se mantuvo la primera denegación a:

The Appeals Subcommittee  
UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

Los plazos de respuesta a su reclamación o apelación se indican en su SPD.

## **Opción de Dental Center**

UNITE HERE HEALTH opera el Dental Center fuera de la oficina regional de UNITE HERE HEALTH en Los Ángeles. Los beneficios se proporcionan solo cuando los servicios cubiertos se presten en el Dental Center, a menos que el Dental Center le refiera a otro dentista.

Normalmente tendrá que pagar su cuota del coste dental al final de su visita. Sin embargo, los servicios que requieran trabajo de laboratorio (como dentaduras, puentes, coronas etc.) se abonarán por adelantado al final de la cita y entrega. No se podrán concertar citas futuras si su cuenta tiene un saldo no abonado.

Si programa una cita dental para un procedimiento que se espera que dure 90 minutos o más, deberá realizar un depósito no reembolsable por adelantado de \$50. Este depósito se acreditará a sus costes para el procedimiento. Sin embargo si no llama al Dental Center al menos 24 horas antes de su cita para cambiarla o cancelarla, el depósito de \$50 no se reembolsará. Tendrá que pagar otros \$50 de depósito cuando cambie su cita.

### **Dental Center**

130 S. Alvarado St.  
Los Angeles, CA 90057

(213) 484-9660

Fuera de horario: (323) 315-5404

Si está fuera del área de servicio del Dental Center y tiene una emergencia, contacte con Dental Center para obtener instrucciones.

## **Dental** *(continuación)*

### **Qué paga bajo la opción de Dental Center**

<b>Sus deducibles</b>	<b>Dental Center</b>
Sus deducibles por año natural (usted paga antes de que el Plan pague sus beneficios para su asistencia dental)	\$0
<b>Su coseguro</b>	<b>Dental Center</b>
Servicios de diagnóstico y preventivos	\$0
Servicios paliativos de emergencia	\$0
Servicios de radiografía de diagnóstico	\$0
Servicios menores de restauración	10%
Servicios periodónticos	10%
Servicios endodónticos	10%
Servicios mayores de restauración	15%
Cirugía oral	15%
Servicios de prostodóntica	15%
Reparaciones prostodónticas	15%
Atención ortodóntica	No tiene cobertura
<b>Beneficio máximo pagada</b>	<b>Dental Center</b>
Beneficio máximo pagadero en su nombre cada año	Sin límite

Se aplica una tarifa de \$25 por las citas a las que no asista a menos que llame a Dental Center al menos 24 horas antes de su cita.

El Dental Center realiza ciertos tratamientos dentales que no se consideran gastos cubiertos, como implantes o procedimientos cosméticos, a precios rebajados. Si selecciona un tratamiento que no está cubierto, usted es responsable de todo el coste.

### ***Qué está cubierto bajo la opción de Dental Center***

Los gastos cubiertos significan gastos permitidos realizados por un dentista de Dental Center para los siguientes servicios y tratamientos, si Dental Center determina que están basados en una necesidad dental válida y se realizan según los estándares aceptados de la práctica dental:

- **Diagnóstico y servicios y procedimientos preventivos** para evaluar las condiciones existentes y/o para prevenir anomalías o enfermedades dentales, incluyendo exámenes y limpiezas rutinarias, y consultas con un dentista que no realice el tratamiento.
- **Cuidado paliativo de emergencia**, incluyendo tratamiento no específico por un dentista para aliviar temporalmente el dolor y las molestias.
- **Radiografías**, radiografías requeridas como parte del diagnóstico de una condición específica.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919



**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

- **Servicios de cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos dentales, incluyendo cuidado pre y post operatorio, y anestesia general.
- **Tratamientos de endodoncia** para tratar dientes con nervios enfermos o dañados, por ejemplo tratamiento de canal.
- **Servicios periodónticos**: servicios y procedimientos para el tratamiento de enfermedades de las encías y dar soporte a las estructura de los dientes.
- **Servicios restauradores**, procedimientos para reconstruir, reparar, o reformar los tejidos del diente, incluyendo, pero sin limitación:
  - Servicios menores de restauración: restauraciones con amalgama o resina.
  - Servicios mayores de restauración: coronas y restauraciones con oro cuando el diente no pueda ser restaurado con otro tipo de empaste.
- **Servicios prostodónticos** y aparatos que sustituyen a los dientes naturales, incluyendo puentes, dentaduras parciales y dentaduras completas.
- **Reparaciones prostodónticas** revestimientos y rebasados de aparatos protésicos.

### **Qué no está cubierto**

---

Además de las exclusiones y limitaciones generales del Plan mostradas en su SPD, no se proporcionan beneficios para lo siguiente a menos que el Dental Center considere que dicha atención es necesaria y apropiada:

- Servicios y tratamientos proporcionados fuera del Dental Center, a menos que dichos servicios o tratamientos se proporcionen de acuerdo con una derivación realizada por Dental Center.
- Mantenedores de espacio a menos que se usen como aparato pasivo debido a la pérdida de dientes de leche.
- Reparación o recementación de mantenedores de espacio por la misma clínica en un plazo de seis meses tras la colocación inicial.
- Terapia de canal cuando la radiografía muestre canales no empastados completamente, una patología periapical no resuelta o canales empastados con un material no aprobado para la terapia endodóntica por la American Dental Association.
- Tratamiento endodóntico de un diente en el cual se realizaron servicios de endodoncia por la misma clínica.
- Tratamiento endodóntico realizado junto con aparatos prostodónticos removibles.
- Terapia pulpar en dientes de leche.
- Sustitución de restauración con molde en un plazo de 60 meses tras la colocación inicial de la restauración existente.
- Construcción de corona cuando la radiografía muestre evidencias de suficiente altura vertical para dar soporte a una restauración con molde.
- Reparación de restauraciones con molde.

## **Dental** (continuación)

- Cirugía o terapia periodontal en la ausencia de evidencias radiográficas de pérdida ósea.
- Regeneración guiada de tejido.
- Alargamiento de corona o gingivoplastia si no se realiza al menos cuatro semanas antes de la preparación para una corona.
- Procedimientos de mantenimiento periodontal realizados en un plazo de tres meses tras una terapia periodontal activa.
- Sustitución o reparación de un aparato prostodóntico existente en un plazo de 60 meses tras la colocación o reparación inicial.
- Implantes.
- Aparatos prostodónticos relacionados con implantes.
- Revestimiento o rebasado de un aparato existente en un plazo de seis meses tras la colocación inicial.
- Prostodoncia fija para menores de 16 años.
- Un puente cuando el espacio entre los dientes creado por un diente perdido sea menor que el 50% del tamaño del diente original.
- Servicios por lesiones o condiciones para los cuales pueda recibir beneficios bajo las leyes de Compensación de trabajadores o Responsabilidad del empleador.
- Servicios que estén disponibles de:
  - Cualquier agencia gubernamental federal o estatal, diferente a los programas proporcionados por Medicaid.
  - Cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión política.
  - Cualquier agencia comunitaria, fundación o entidad similar.
- Servicios designados para corregir malformaciones del desarrollo.
- Cirugía cosmética u odontología por razones cosméticas.
- Servicios o aparatos, incluyendo, pero sin limitación, prostodoncia (incluyendo coronas y puentes), completados antes de que estuviera cubierto por el Plan.
- Servicios de anestésistas o anestesiólogos.
- Servicios realizados en segundos o terceros molares si no hay diente opuesto.
- Servicios realizados en un diente cuando menos del 40% de la raíz esté soportada por el hueso.
- Servicios realizados en dientes de leche cuando la pérdida del mismo es inminente.
- Cirugía oral mayor maxilofacial.
- Cargos por completar formularios.
- Selladores para personas 16 años o más.
- Servicios de ortodoncia.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

**UNITE HERE  
HEALTH**

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **Dental** (continuación)

- Servicios:
  - Que no sean necesarios o habituales como lo determinan los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.
  - Para los que no se pueda demostrar una necesidad dental válida.
  - Que son experimentales o con fines de investigación.
  - Que estén limitados o excluidos según los procedimientos de procesamiento desarrollados por el Dental Center.
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones para:
  - Alterar la dimensión vertical.
- Sustituir la estructura perdida de un diente como resultado de abrasión, desgaste o erosión.
  - Corregir malformaciones congénitas o del desarrollo.
  - Con fines estéticos o cosméticos.
  - Técnicas de implantología o mejora de la cresta edéntula.
  - Anticipación a futuras fracturas.
- Tratamiento realizado por cualquier persona que no sea un profesional de la salud, excepto la limpieza o curetaje de dientes y aplicaciones tópicas de flúor por un higienista dental licenciado (u otro proveedor licenciado) bajo la supervisión y guía de un dentista según los estándares dentales generalmente aceptados.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de perturbaciones de la articulación temporomandibular (ATM).
- Servicios realizados como un componente de otro procedimiento.
- Servicios o procedimientos temporales.
- Procedimientos de control de infecciones y tarifas asociadas con el cumplimiento de las reglas de la Occupational Safety and Health Administration (OSHA).
- Servicios y tratamientos cubiertos bajo un HMO médico.
- Colocación de un aparato adicional en el mismo arco dental menos de 60 meses tras la colocación del aparato inicial.

## **Dental** (continuación)

### ***Pre-estimación de las necesidades dentales bajo la opción Dental Center***

---

Antes de realizar cualquier tratamiento distinto a limpiezas y radiografías, el Dental Center proporcionará una estimación de sus necesidades dentales, incluyendo un presupuesto por escrito del coste del tratamiento dental propuesto y su cuota aproximada del coste.

### ***Beneficios dentales bajo la opción Dental Center tras finalizar la elegibilidad***

---

Si la cobertura finaliza por la pérdida de elegibilidad por razones distintas a la finalización de UNITE HERE HEALTH, los beneficios solo se determinarán como cargos permitidos incurridos por los gastos cubiertos antes de finalizar la cobertura. Sin embargo, si la cobertura finaliza tras el comienzo de un tratamiento para coronas, fundas, puentes, dentaduras completas o parciales, los beneficios para la finalización de dicho tratamiento se abonarán, siempre que el tratamiento se complete en un plazo de 60 días tras finalizar la cobertura.

Si la cobertura finaliza porque el Plan finaliza, en su totalidad o parcialmente, no tendrá disponibilidad de ningún beneficio para las reclamaciones presentadas tras finalizar la cobertura.

### ***Presentar una reclamación***

---

No necesita presentar una reclamación si usa el Dental Center. Recuerde, el tratamiento dental proporcionado fuera del Dental Center no está normalmente cubierto. Si el Dental Center le indica que use un dentista fuera del Dental Center, pida ayuda a UNITE HERE HEALTH para completar la reclamación por los servicios. Los procedimientos de presentación y apelación de reclamaciones descritos en su SPD se aplican a las reclamaciones bajo la opción del Dental Center. Estas reclamaciones tienen un nivel de apelación, directamente al Consejo de Fideicomisarios.

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**

UNITE HERE  
**HEALTH** 

www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

**Obtenga  
respuestas  
para todas  
sus preguntas:  
(855) 844-5262**



www.uhh.org  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-9919

## **General**

# **Finaliza la cobertura de parejas domésticas**

Su pareja doméstica puede inscribirse solo tras el 1 de abril del 2016 solo si usted o su pareja doméstica tienen una Declaración válida de Pareja doméstica presentada en California. Si su pareja doméstica se inscribió antes del 1 de abril del 2016, él o ella seguirá siendo considerado/a su dependiente hasta el 31 de diciembre del 2016, incluso si no existe una declaración de Pareja doméstica. Los hijos de su pareja doméstica inscrita también seguirán siendo considerados sus dependientes solo hasta el 31 de diciembre del 2016.

Puede seguir cubriendo a su pareja doméstica tras el 1 de enero del 2017 solo si usted y su pareja doméstica han presentado una Declaración de Pareja doméstica en California. (Tendrá que cumplir las reglas de California sobre quién puede declararse pareja doméstica. Entre otras reglas, usted y su socio deben ser del mismo género; o si son del género, al menos uno de los dos debe tener más de 62 años y tener derecho a la Seguridad Social). Asegúrese de que UNITE HERE HEALTH tiene una copia de la Declaración.

El Plan seguirá cubriendo a su cónyuge legal y a sus hijos, incluyendo sus hijastros. El Plan también cubrirá a su pareja doméstica y a los hijos de su pareja doméstica si tiene una Declaración de Pareja doméstica.

Tiene el derecho de añadir a un nuevo cónyuge o hijo como su dependiente. Se aplicarán las reglas para inscribir un nuevo dependiente. El matrimonio es un evento de inscripción especial; puede inscribir nuevos dependientes en un plazo de 60 días tras el evento de inscripción especial. El Plan trata su Declaración de Pareja doméstica como un matrimonio.

Consulte su SPD o llámenos si tiene alguna pregunta sobre la inscripción de dependientes