

Fideicomiso de Beneficios  
de Cuidado de la Salud  
de la Iglesia Cristiana  
(Discípulos de Cristo)

**Plan Dental Churchwide Voluntario  
para los  
Empleados de la Iglesia**  
(Clérigos y Empleados Laicos pagados)

**A través del  
Plan Delta Dental de Indiana**

**Fideicomisario:  
Fondo de Pensiones de la Iglesia Cristiana  
(Discípulos de Cristo)  
130 E. Washington Street  
Indianápolis, IN 46204-3659  
Teléfono: 317-634-4504  
Fax: 317-634-4071**

Al Fideicomiso de Beneficios de Cuidado de la Salud de la Iglesia Cristiana le complace ofrecer un programa dental para empleados de la iglesia. Este plan asume que el participante que ha comprado la cobertura de manera electiva será responsable personalmente del pago de las primas.

Todos los empleados de la iglesia son elegibles para participar en este plan. No es necesario que participe en el programa Churchwide Healthcare para participar en el programa Dental.

**DELTA DENTAL**

Plan Delta Dental de Indiana

DeltaPremier USA  
Beneficios del  
Fondo de Pensiones de la Iglesia Cristiana  
(Discípulos de Cristo)

En la siguiente tabla se encuentran los servicios cubiertos por el Plan Delta Dental de Indiana a través de DeltaPremier USA. También muestra el porcentaje de cobertura de los costos permitidos por Delta Dental para cada categoría, y su copago, si lo hay.

	El plan paga	Usted paga
<b>Clase I</b>		
<b>Diagnóstico y servicio preventivo:</b> se utiliza para diagnosticar y/o prevenir las anomalías o enfermedades dentales (incluye los exámenes, las limpiezas y los tratamientos con fluoruro).	100%	0%
<b>Radiografías de la mordida:</b> películas de rayos X.	100%	0%
<b>Tratamiento paliativo de emergencia:</b> se utiliza para aliviar temporalmente el dolor.	50%	50%
<b>Mantenedores de espacios:</b> se utilizan para prevenir el movimiento del diente.	50%	50%
<b>Clase II</b>		
<b>Todas las otras radiografías:</b> todos los otros rayos X, según se requiera y en conjunto con el diagnóstico de la enfermedad específica que requiere tratamiento.	50%	50%
<b>Sellantes:</b> sellantes dentales para prevenir las caries de los molares permanentes. Hasta los 9 años de edad en los primeros molares y hasta los 14 años de edad en los segundos molares.	50%	50%
<b>Servicios de cirugía oral:</b> extracciones y cirugía dental, incluido el cuidado preoperatorio y postoperatorio.	50%	50%
<b>Servicios de restauración menores:</b> se utilizan para reparar los dientes dañados por enfermedades o lesiones. Por ejemplo, calzas con amalgamas (plata) y resina (blanca).	50%	50%
<b>Revestimientos y reparaciones:</b> revestimientos y reparaciones de los puentes y dentaduras artificiales.	50%	50%
<b>Servicios de periodoncia:</b> se utilizan para tratar enfermedades de las encías y de las estructuras de apoyo de los dientes.	50%	50%
<b>Servicios de endodoncia:</b> se utilizan para tratar los dientes con enfermedades o nervios dañados. Por ejemplo, canales de las raíces.	50%	50%
<b>Clase III</b>		
<b>Servicios de restauración mayores:</b> se utilizan cuando los dientes no se pueden restaurar con otro material de calza. Por ejemplo: coronas	25%	75%
<b>Servicios de prostodoncia:</b> se utilizan para reemplazar los dientes naturales faltantes. Por ejemplo: puentes y dentaduras artificiales.	25%	75%
<b>Clase IV</b>		
<b>Servicios de ortodoncia (hasta los 19 años):</b> se utilizan para corregir la mala posición de los dientes y/o los huesos faciales. Por ejemplo: aparatos correctores.	50%	50%
<b>Pago máximo</b> —\$1000 total por persona por año calendario para los beneficios Clase I, Clase II y Clase III. Los pagos de Delta Dental para los beneficios Clase IV no exceden un máximo de \$500 por tiempo de vida por persona elegible.		
<b>Deducible</b> —\$50 deducibles totales por persona por año calendario, en tratamiento paliativo de emergencia, mantenedores de espacio, beneficios Clase II y Clase III. El deducible no se aplica al resto de beneficios Clase I o Clase IV.		

**Número gratis de servicio al cliente: (800) 524-0149**

**[www.deltadelta.com](http://www.deltadelta.com)**

Este documento es un complemento del Certificado de cuidado dental y Resumen de los beneficios del Plan Dental.  
Consulte el certificado y el resumen para las exclusiones y las limitaciones de la póliza.

**Limitaciones del plan:** los exámenes orales, incluidos los exámenes realizados por especialistas, están limitados a dos por año calendario. La profilaxis (limpieza de los dientes), incluida la profilaxis periodontal, está limitada a dos veces por año calendario. La aplicación tópica de fluoruro está limitada a una vez por año calendario para niños de hasta 14 años de edad. Los rayos X de la mordida están limitados a una vez por año calendario y los rayos X de la boca completa están limitados a una vez dentro de un periodo de cinco años. Las coronas, las dentaduras postizas, los puentes y las subestructuras están limitadas a una vez dentro de un periodo de siete años. Se excluye la cobertura para la remoción de los terceros molares asintomáticos. Los sellantes se pagan sólo para la superficie oclusal de los primeros molares permanentes hasta los nueve años de edad, y los segundos molares permanentes para pacientes de hasta 14 años de edad. La superficie debe estar libre de caries y restauraciones. Los sellantes se pagan una vez por diente por tiempo de vida.

**Tarifas de las primas Dental para 2009  
(mensuales)**

	<b>Empleado únicamente</b>	<b>Empleado y cónyuge</b>	<b>Empleado y hijos</b>	<b>Empleado y familia</b>
<b>Región I</b>	\$29.35	\$57.61	\$67.98	\$110.19
<b>Región II</b>	\$27.32	\$53.63	\$63.29	\$102.58
<b>Región III</b>	\$24.33	\$47.77	\$56.37	\$ 91.37
<b>Región IV</b>	\$21.27	\$41.75	\$49.27	\$ 79.86

**Las tarifas de la Región I** se aplican a los participantes que residen en: Alaska, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Minnesota, New Jersey, New Mexico, Oklahoma, Oregon, Washington.

**Las tarifas de la Región II** se aplican a los participantes que residen en: Arizona, Florida, Guam, Hawaii, Idaho, Illinois, Maine, Massachusetts, Michigan, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New York, Rhode Island, Utah, Vermont, Virgin Islands, Washington D.C. o Wyoming.

**Las tarifas de la Región III** se aplican a los participantes que residen en: Alabama, Georgia, Kansas, Louisiana, Missouri, Montana, North Dakota, South Carolina, South Dakota, Texas, Virginia o Wisconsin.

**Las tarifas de la Región IV** se aplican a los participantes que residen en: Arkansas, Indiana, Iowa, Kentucky, Maryland, Mississippi, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Puerto Rico, Tennessee o West Virginia.

**Nota:** El empleado se debe inscribir inicialmente en la inscripción abierta. Si el empleado declina la cobertura en la inscripción abierta, no se podrá inscribir sino hasta la próxima.

A menos que este sea un plan de la Sección 125, los empleados y las personas que dependen de ellos que se inscriban en el plan dental, se les exige que permanezcan inscritos durante 12 meses como mínimo.

Si el empleado o una persona dependiente dejan la cobertura en cualquier oportunidad, no se podrán volver a inscribir antes del siguiente periodo de inscripción abierta en los siguientes 12 meses. No obstante, una elección se puede revocar o cambiar en cualquier oportunidad, si dicho cambio es el resultado de un evento calificador, según se define en la Sección 125 del Código Federal de los Impuestos. Si el empleado o una persona dependiente dejan la cobertura antes de estar cubiertos durante un año completo como mínimo, deben remitir todas las primas pendientes para el primer año completo, antes de volverse a inscribir. Los grupos de la Sección 125 están exentos de esta exigencia.

Grupo/Subgrupo -

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Información del suscriptor <i>(Llene para todas las inscripciones/actualizaciones:)</i>			Ejemplo: <input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> F <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	
Nombre del suscriptor (Apellido) <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	(IM) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de seguridad social del suscriptor <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Estado* <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Sobreviviente	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura <input type="text"/>
Dirección de la residencia <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Señale aquí si es una nueva dirección	
Ciudad <input type="text"/>	Estado <input type="text"/>		Código Postal <input type="text"/>	

Inscripción en el plan/Actualización de la información <i>(Indique el tipo de actualización y coloque la información apropiada.)</i>				
Tipo de actualización: <input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio/Corrección de la información <input type="checkbox"/> Terminación de los beneficios				
Transferencia de grupo		Cambio de código de tarifa*		El cambio es para:
Desde: # de grupo/subgrupo <input type="text"/>	A: # de grupo/subgrupo <input type="text"/>	Desde: <input type="text"/>	Hasta: <input type="text"/>	Fecha de entrada en vigencia del cambio <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Dependiente

Inscripción/Correcciones a la información <i>(llene para el cónyuge/dependientes, por primera vez, inscripción o corrección)</i>				
Nombre del cónyuge (Apellido) <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	(IM) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de seguridad social del suscriptor <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Estado* <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Superviviente		
Persona dependiente No. 1 (Apellido) <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	(IM) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de seguridad social del suscriptor <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Estado* <input type="checkbox"/> Dep. IRS <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Superviviente <input type="checkbox"/> Patrocinado	
Persona dependiente No. 2 (Apellido) <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	(IM) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de seguridad social del suscriptor <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Estado* <input type="checkbox"/> Dep. IRS <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Superviviente <input type="checkbox"/> Patrocinado	
Persona dependiente No. 3 (Apellido) <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	(IM) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de seguridad social del suscriptor <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Estado* <input type="checkbox"/> Dep. IRS <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Superviviente <input type="checkbox"/> Patrocinado	
Persona dependiente No. 4 (Apellido) <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	(IM) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de seguridad social del suscriptor <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Estado* <input type="checkbox"/> Dep. IRS <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Superviviente <input type="checkbox"/> Patrocinado	

\* Vea el reverso para las instrucciones y la explicación de los códigos.

Firma del suscriptor \_\_\_\_\_

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

Lea con cuidado la siguiente información antes de llenar el otro lado de este formulario. Debe llenar este formulario si se va a inscribir para cobertura o si va a cambiar la información de una inscripción previa. Si tiene alguna pregunta sobre cómo llenar este formulario, el departamento de recursos humanos o de personal le puede ayudar.

**Información del suscriptor.** Es necesario que llene esta sección a fin de que podamos procesar su inscripción o actualizar sus registros. Toda la información debe ser aplicable a usted, el suscriptor primario. Utilice letra de imprenta legible o una máquina de escribir.

**Fecha de entrada en vigencia.** Es la fecha de entrada en vigencia de la cobertura Delta Dental para usted o para las personas que dependen de usted.

**Definiciones de estado** (seleccione sólo un estado):

**Activo:** Usted es un miembro actual o activo.

**Retirado:** Usted es una persona jubilada y el grupo le sigue suministrando beneficios dentales.

**COBRA:** Usted ya no es un suscriptor activo, pero ha continuado con la cobertura auto-pagada según COBRA. Este exige que muchos empleadores ofrezcan cobertura auto-pagada ampliada para ciertos empleados y beneficiarios calificados que pierdan la cobertura de beneficios médicos. Consulte con el departamento de recursos humanos o de personal.

**Sobreviviente:** Es el cónyuge o hijo sobreviviente de un suscriptor fallecido.

**Inscripción en el plan/Actualización de la información.** Sólo debe llenar esta sección si: 1) Se va a inscribir usted o un miembro de la familia por primera vez, ó 2) si se le terminaron los beneficios y los va a renovar, ó 3) si le va a hacer cambios a la información de inscripción actual.

**Inscripción:** Señale si es la inscripción por primera vez para usted o las personas que dependen de usted.

**Renovación:** Señale si es la renovación de la cobertura para usted o las personas que dependen de usted.

**Cambio/Correcciones:** Señale si se van a enviar cambios en el formulario.

**Terminación de los beneficios:** Señale sólo si va a terminar la cobertura Delta Dental para usted o un integrante de su familia.

**Transferencias de grupos:** Cuando se transfiere de un grupo a otro, todas las personas dependientes serán transferidas, a menos que se indique lo contrario. Esta sección también se debe llenar cuando se hace la transferencia a COBRA.

Cuando se reporta un cambio o una corrección, la información incorrecta o que ha sido cambiada, se debe incluir en la línea titulada "desde" y la información correcta se debe incluir en la línea titulada "hasta".

Cuando se cambia un código de tarifa, consulte la siguiente explicación para seleccionar el código que describe a quién va a cubrir el programa Delta Dental.

**Códigos de las tarifas:**

**Tarifa 1** Empleado únicamente

**Tarifa 2** Empleado y cónyuge

**Tarifa 3** Empleado, cónyuge e hijos

**Tarifa 5** Empleado, un hijo, sin cónyuge

**Tarifa 6** Empleado y más de un hijo, sin cónyuge

**Inscripción/Correcciones a la información.** Esta sección se debe llenar cuando: 1) se inscriban personas dependientes ó, 2) y ha señalado Cambios/Correcciones y se está cambiando información que había sido enviada previamente a Delta Dental. Incluya los nombres y los apellidos de las personas que está inscribiendo o de las cuales está enviando un cambio o corrección.

**Definiciones de los estados de las personas dependientes:**

**Legal:** Su cónyuge actual

**Sobreviviente:** El cónyuge o hijos sobrevivientes de un suscriptor fallecido

**Dependiente IRS:** Es una persona que es su hijo dependiente de acuerdo con el departamento federal de los impuestos (IRS) de los EE.UU. Aquí se podría incluir a un hijo o hija dependiente soltero(a) que esté asistiendo a la universidad, al colegio, colegio comunal, colegio junior o a la escuela comercial, de tiempo completo y para los cuales usted es el soporte principal.

**Discapacitado:** Su hijo o hija discapacitado(a) de manera permanente

**Patrocinado:** Es una persona dependiente de la cual usted es legalmente responsable. Entre los dependientes patrocinados se pueden incluir los padres, los abuelos y los estudiantes de intercambio extranjeros, pero sólo si se especifican en el contrato de grupo con Delta Dental.

## Preguntas y respuestas sobre DeltaPremier USA

1. **¿Quién es Delta Dental?** El Plan Delta Dental de Indiana se especializa en administrar planes dentales de grupos. Somos miembros de la Asociación de Planes Delta Dental, la cual es la más grande y más experimentada proveedora de servicios dentales de los EE.UU.

2. **¿Qué es DeltaPremier USA?** DeltaPremier USA es un programa cuidadosamente administrado de pagos por servicios administrado por Delta Dental. "Pago por servicio" significa que el odontólogo cobra por cada servicio realizado, luego envía una solicitud a Delta Dental. Delta Dental luego paga cierto porcentaje por cada servicio cubierto, con base en el contrato del grupo.

Con DeltaPremier USA, es probable que se le disminuyan los costos que debe cubrir de su bolsillo si va donde un odontólogo que pertenezca a Delta Dental. Esto se debe al hecho de que el odontólogo participante acepta sus honorarios o los honorarios UCR de Delta Dental, cualquiera que sea menor, como pago completo por los servicios cubiertos.

Más de 108.000 odontólogos de todos los Estados Unidos y sus territorios, participan en DeltaPremier USA.

3. **¿Cuáles son las ventajas de ir donde un odontólogo participante?** Es probable que los costos que deba cubrir de su propio bolsillo sean menores cuando va donde un odontólogo participante, porque éste acepta las cantidades UCR de Delta Dental como pago completo por los servicios cubiertos. Si los honorarios del odontólogo son más altos que los honorarios UCR de Delta Dental, éste no puede cobrarle la diferencia, lo cual significa que usted pagará sólo el copago y el deducible, si lo hay, cuando va donde un odontólogo participante. Los odontólogos participantes también presentan las solicitudes por usted.

4. **¿Tengo que ir donde un odontólogo participante?** No. En realidad, puede ir donde cualquier odontólogo licenciado.

5. **¿Qué sucede si no voy donde un odontólogo participante?** Si va donde un odontólogo que no participe en DeltaPremier USA, es posible que deba pagar más porque no estará protegido contra el "cobro de saldo". En otras palabras, deberá pagar cualquier diferencia entre el pago de Delta Dental y los honorarios del odontólogo. También, deberá llenar y presentar usted mismo los formularios de solicitud.

6. **¿Cómo puedo encontrar a un odontólogo que participe en DeltaPremier?** Hay muy altas probabilidades de que ya vaya donde un odontólogo DeltaPremier, puesto tres de cuatro odontólogos que ejercen en la nación participan en este programa.

Si esto no es así, puede buscar los nombres de los odontólogos participantes cerca de usted si consulta nuestro sitio Web en [www.deltadental.com](http://www.deltadental.com). También puede llamar a nuestro departamento de Servicio al Cliente y Reclamos, al número gratis 800.524.0149. Nuestro sistema telefónico automático, llamado DASI (por las siglas en inglés de Preguntas de Servicio Automático Delta), está disponible de lunes a sábado, 24 horas al día, y le puede suministrar los nombres de los odontólogos participantes cerca de usted.

7. **¿Tendré que llenar y presentar los formularios de solicitud?** Si va donde un odontólogo participante, no tendrá que llenar y presentar los formularios de solicitud, pues el odontólogo lo hará por usted, y debido a que Delta Dental les paga directamente a los odontólogos participantes, no tendrá que pagarle por adelantado al odontólogo y luego solicitar el reembolso. Es posible que deba pagar los copagos y los deducibles, si los hay, cuando se prestan servicios.

8. **¿Cuándo entra en vigencia mi nueva cobertura?** La cobertura entra en vigencia a partir del 1ro de enero de 2004.

9. **¿Le tengo que informar al odontólogo que se han presentado cambios en mi cobertura?** Sí. Sería útil que le dijera al odontólogo que tiene cobertura DeltaPremier USA a través de Delta Dental de Indiana.

10. **¿Necesito una tarjeta de identificación para ser atendido?** No. El odontólogo puede verificar que usted es elegible para cobertura mediante nuestro sistema DASI. No es necesario que le muestre una tarjeta de identidad.

11. **¿Qué pasa si tengo más preguntas?** Si tiene preguntas adicionales, puede llamar al departamento de Servicio al Cliente y Reclamos, al número gratis 800.524.0149, o consulte nuestro sitio Web en [www.deltadental.com](http://www.deltadental.com).