

Asignación de beneficios por parte del paciente de Dentegra Insurance Company a un proveedor que no es de la red



Para el afiliado: Cualquier afiliado elegible de Dentegra en West Virginia que: (1) desee recibir servicios cubiertos de un proveedor que no sea parte de las redes de Dentegra (no participante); y (2) elija la asignación directa de beneficios para los servicios cubiertos (como se explica con más detalle a continuación), debe firmar formalmente una asignación de beneficios.

Para el proveedor: Un proveedor no participante debe enviar este formulario de asignación de beneficios firmado por el paciente con cada reclamación para los servicios cubiertos. Si envía dicha reclamación a través de una presentación de reclamaciones electrónicas (ECS, por sus siglas en inglés), incluya una versión escaneada de este formulario utilizando el anexo o las notas en el software de su consultorio dental.

Este formulario también está disponible en el sitio web de Dentegra en dentegra.com/privacy-policy.

Solicito la asignación de mis beneficios para los servicios cubiertos que figuran en el formulario de reclamación adjunto al (a la) Dr(a). _____, que no participa en las redes de Dentegra. Entiendo que, al elegir recibir tratamiento de un proveedor que no sea de Dentegra, ya no recibiré las siguientes protecciones que me otorgarán conforme a los términos de la póliza de mi seguro dental si recibo los mismos servicios de un proveedor de Dentegra:

- 1. Sin balance de la facturación.** Los proveedores participantes de Dentegra acuerdan aceptar cargos que oscilan entre el 15 % y el 30 % por debajo de los cargos regulares de proveedores con el mismo código postal para los mismos servicios y no facturar por cualquier cantidad superior a ese cargo. Entiendo que esto reducirá mis gastos de bolsillo cuando vea a un proveedor de Dentegra porque no estaré obligado a abonar la diferencia entre lo que Dentegra paga y un mayor cargo de un proveedor no participante.
- 2. Proveedores completamente acreditados.** Dentegra revisa y verifica regularmente la licencia, la educación y los antecedentes de práctica de los proveedores de la red participantes. Esto garantiza que el tratamiento que reciba sea realizado por un proveedor sin ningún problema de licencia profesional ni de práctica. Esto no está disponible para mí cuando elijo recibir tratamiento de un proveedor no participante.
- 3. Servicios de gestión de calidad.** El programa de gestión de calidad de Dentegra evalúa la calidad y la pertinencia de la atención proporcionada por los proveedores de Dentegra y trabaja para corregir cualquier problema de desempeño del proveedor identificado. Esto me proporciona una capa de protección al consumidor frente a los proveedores que no satisfagan los estándares comunes de atención.
- 4. Programa de reclamación que es de la red.** El programa de reclamaciones de Dentegra me proporciona la oportunidad de que se investigue y resuelva cualquier queja sobre el tratamiento que recibo, incluida la indemnización de cualquier recargo o nuevo tratamiento (sin costo adicional) por servicios inaceptables. No dispondré de esta protección porque Dentegra no tiene un contrato con el proveedor mencionado.
- 5. Protección frente al fraude y el abuso.** La capacidad de Dentegra para investigar y abordar el posible fraude y abuso es mayor con un proveedor participante porque el contrato del proveedor le proporciona a Dentegra acceso fácil a los registros de pacientes y la capacidad de requerir medidas correctivas.

He leído y entiendo todas las protecciones que se explicaron antes. Reconozco que esas protecciones no están disponibles para mí cuando recibo servicios cubiertos de un proveedor no participante. Solicito que Dentegra asigne mis beneficios por los servicios cubiertos al proveedor que se mencionó antes, que no es un proveedor de Dentegra.

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma: _____