

**PLAN DE ACCESO A LA RED DENTEGRA**

En esta sección estará la identificación y descripción de la red. Asegúrese de que esta sección incluye al menos los siguientes elementos:

- *nombre completo del portador:* **Dentegra Insurance Company**
- *nombre completo de la red:* **Dentegra PPO**
- *número de identificación de la red del portador:* **CON001**
- *tipo de red y descripción general:* **PPO**
- *área(s) geográfica(s) específica(s) cubiertas por la red:* **Estatad**
- *identificación del sitio web :* **es.dentegra.com**
- *información de contacto :* **Servicio al cliente de Dentegra (877) 280-4204**

El portador deberá abordar lo siguiente en el plan de acceso a la red para cada red dental ofrecida por el portador:

1. Composición de la red, Criterios para identificar al proveedor
  - a. Los elementos que el portador usa para generar su red de proveedores dentales, que incluya una descripción de la red; y

**El proceso de otorgación y re-otorgación de credenciales está basado en los lineamientos de las agencias acreditadoras y reguladoras nacionales, federales y estatales. La otorgación de credenciales incluye el verificar la información presentada por cada proveedor de tratamiento con las agencias regulatorias, asociaciones profesionales e instituciones educativas para asegurar que el proveedor está cualificado legalmente para ejercer. Dentegra usa los criterios y lineamientos de otorgación de credenciales para cumplir y mantener los estándares requeridos para la contratación en cada red Dentegra. Para cumplir con este objetivo, nuestros procesos de otorgación de credenciales se enfocan en confirmar los siguientes elementos:**

- **Formulario completo de credenciales que certifique la habilidad para ejercer**
- **Licencia válida y vigente para ejercer (licencia estatal)**
- **Privilegios en hospitales, si corresponde**
- **Permisos y regulaciones que estén vigentes, el incluyan DEA, sedación consciente, sedación bucal consciente y anestesia general, si corresponde.**
- **Certificación de compleción de la especialidad/término de la residencia/escuela de medicina, si corresponde.**
- **Límites aceptados y vigentes de la cobertura del seguro de responsabilidad profesional.**
- **Historial de las reclamaciones al seguro de responsabilidad profesional, que incluya demandas previas, de haber alguna.**
- **Procesamiento de la solicitud - preguntas y certificación profesional.**
- **Información de la base de datos nacional de proveedores (NPDB, por sus siglas en inglés).**
- **Sanciones de Medicare y Medicaid.**
- **Sanciones a la licencia- límites a la licencia estatal.**
- **Historial de trabajo previo**

**Comprobamos la información proporcionada en la solicitud y se la enviamos a nuestro comité de otorgación de credenciales para la revisión final y la aprobación del contrato. Toda la información que se envíe para la otorgación y re-otorgación de credenciales se mantiene confidencial.**

**Dentegra puede, a su propia discreción, elegir un proveedor participante, asado en la determinación que haga Dentegra acerca de la elegibilidad del proveedor y la necesidad de los servicios del proveedor. Dentegra también podría, a su propia discreción, seleccionar o eliminar profesionales proveedores individuales basado en el programa de manejo de calidad de Dentegra, según se describe en la Sección V página 5 de este acuerdo. Dentegra deberá notificarle al proveedor por escrito acerca de la selección del proveedor como proveedor participante y cuando cualquier profesional proveedor haya sido aprobado para ofrecer tratamiento a los afiliados.**

- b. Los estándares de control de calidad del portador, los cuales serán adecuados para identificar, evaluar y solucionar problemas relacionados al acceso, continuidad y calidad de los criterios de cuidado usados para seleccionar o calificar a los proveedores.

**Dentegra promueve la comprensión y divulgación de los estándares de acceso a través de comunicaciones enviadas a los dentistas y los afiliados. Dentegra graba, monitorea y responde a cada queja de acceso categorizada que haya sido recibida de acuerdo con las expectativas regulatorias para el Departamento de Seguros (DOI, por sus siglas en inglés). Dentegra produce informes trimestrales basados en la elegibilidad de la inscripción a la PPO del Mercado de seguros de salud en el estado de Colorado.**

- 2. Estándares y competencia de la red
  - a. Los criterios para evaluar la competencia de la red;

**Hay informes de accesibilidad geográfica disponibles que muestran el acceso que tienen los afiliados a los proveedores de Dentegra PPO. El Estándar de acceso está definido como el acceso que los afiliados tienen por tipo geográfico, según definido por el Departamento de seguros de Colorado (DOI):**

**Áreas metropolitanas grandes... 1 dentista de Dentegra PPO en 15 millas**

**Áreas metropolitanas... 1 dentista de Dentegra PPO en 30 millas**

**Áreas micro... 1 dentista de Dentegra PPO en 60 millas**

**Áreas rurales... 1 dentista de Dentegra PPO en 75 millas**

**Áreas CEAC... 1 dentista de Dentegra PPO en 110 millas**

- b. Un informe que compruebe las redes adecuadas del portador; y

**A partir de junio de 2018, el 100% de los afiliados cumple con el estándar de acceso. Hay 556 dentistas generales en 288 localidades, 98 localidades de dentistas individuales y 190 localidades con múltiples dentistas.**

**Dentistas especializados:**

- **24 dentistas pediátricos en 36 localidades**
- **31 endodoncistas en 102 localidades**
- **27 cirujanos bucales en 103 localidades**
- **40 ortodoncistas en 83 localidades**
- **24 periodoncistas en 80 localidades**
- **2 prostodoncistas en 3 localidades**

- c. La descripción del portador en cuanto a las acciones específicas que se deben tomar, las cuales incluyen remedios, calendario, programa de implementación y la notificaciones y comunicaciones propuestas con la División, proveedores y asegurados, si se encuentra que una red es inadecuada.

**Dentegra monitoreará las políticas del consultorio dental para los contactos de emergencia y se asegurará que cumple con estos estándares de acceso según requerido por los organismos reguladores del gobierno. Dentegra proporcionará sus observaciones a los consultorios dentales que no cumplan con las guías de acceso establecidas por el Departamento de seguros. Dentegra también medirá la satisfacción de los afiliados elegibles con los dentistas de Dentegra, e incluirá preguntas acerca de la disponibilidad de citas. Dentegra le dará seguimiento con los dentistas acerca de cualquier problema reportado a Dentegra por los afiliados elegibles. Dentegra supervisará y analizará las reclamaciones relacionadas al acceso para identificar potenciales problemas de acceso. Las reuniones trimestrales las celebra el Comité de competencia de la red para revisar cualquier disparidad entre la red y la inscripción con el Departamento de relaciones profesionales. La prioridad es el revisar la actividad de reclutamiento para la resolución del acceso a las divulgaciones de atención.**

3. Supervisión de la red y Procesos de medidas correctivas

- a. El proceso documentado cuantificable y medible del portador para monitorear y asegurar la suficiencia de la red para atender las necesidades de atención administrada de las poblaciones inscritas en planes de cuidado dental administrado de manera continua; y
- b. El proceso del portador para asegurar que la persona con cobertura puede obtener un beneficio cubierto al nivel de los beneficios dentro de la red de un proveedor no participante en caso de que la red del portador no sea suficiente.

**La adecuación de la red es revisada por el Comité supervisor de adecuación de la red (NAMC, por sus siglas en inglés). NAMC consiste en:**

- **Directores de relaciones profesionales**
- **Supervisores de relaciones profesionales**
- **Analistas de desarrollo de la red**

**El NAMC se reúne trimestralmente para revisar y resolver las insuficiencias de adecuación de la red. Cada participante recibe un informe mensual y trimestral que compara la proporción de dentistas y afiliados y hace recomendaciones para resolver problemas de reclutamiento e inquietudes.**

- **El NAMC informa acerca de déficits previos de la red y revisa qué progreso se ha hecho para resolver estos problemas.**
- **NAMC asistirá en resolver cualquier reclamación a través de los Sistemas de asistencia social para los seguros de cuidado de la salud (HICS, por sus siglas en inglés).**
- **Los registros actualizados de inscripción son provistos mensualmente por el Departamento de elegibilidad.**
- **Los informes de acceso geográfico son generados mensualmente basados en parámetros que son definidos para cada estado (millaje, composición del proveedor o ambos).**
- **El registro de inscripción y el informe geográfico son revisados y las tendencias y déficits de la red son documentados.**
- **Los informes también se revisan para identificar lagunas en los servicios con base en requisitos predeterminados del radio estatal de millaje/dentista para el área de servicio de cada estado.**

**Un afiliado puede buscar servicios de cualquier proveedor Dentegra para cualquier servicio dental. Las autorizaciones previas no son un requisito de los planes PPO administrados por Dentegra. Los afiliados pueden buscar tratamiento de cualquier proveedor Dentegra para cualquier procedimiento dental sin notificar al plan Dentegra PPO para una autorización previa. Si el miembro no puede**

**encontrar un proveedor de la red, se puede acceder a Servicio al cliente al (877) 280-4204 y ellos asistirán al afiliado para encontrar un proveedor que no es de la red.**

4. Proceso de referido
  - a. Una lista completa, disponible para las personas con coberturas y los proveedores médicos/dentales de los proveedores que participan en la red del portador.
  - b. Una provisión acerca de que las opciones de referidos no pueden estar restringidas a menos de la totalidad de los proveedores en la red que estén cualificados para proporcionar servicios especializados cubiertos; con la excepción de que el plan de cuidado administrado pueda ofrecer deducibles variables, coseguros o pagos para promover la selección de ciertos proveedores;
  - c. Un plan de atención administrado que ofrece deducibles, coseguros o copagos variables debe proporcionar una divulgación adecuada y clara, según requerido por la ley, de deducibles y copagos variables a los asegurados y la cantidad de cualquier deducible o copago debe ser reflejada en la tarjeta de beneficios proporcionada a los afiliados;
  - d. Los referidos a tiempo para acceso a atención especializada;
  - e. Un proceso para acelerar los procesos de referidos cuando sea indicado por la condición de salud;
  - f. Una provisión de que los referidos aprobados por el portador no pueden ser denegados retrospectivamente excepto por razones de fraude o abuso;
  - g. Una provisión de que los referidos aprobados por el portador no pueden ser cambiados después de que la autorización previa sea proporcionada a menos de que haya evidencia de fraude o abuso; y
  - h. El proceso del portador que permita que las personas cubiertas tengan acceso a servicios fuera de la red cuando sea necesario.

**Los referidos del afiliado fuera de la red, incluidos los criterios para determinar cuándo un referido fuera de la red es apropiado no es un requisito para Dentegra Insurance Company. Como afiliado de Dentegra PPO, los afiliados de Dentegra PPO tienen la libertad de consultar cualquier dentista con la licencia correspondiente y aun así recibir beneficios. El posible que los gastos de bolsillo sean menos cuando consulta un dentista de Dentegra.**

**Un afiliado puede buscar servicios de cualquier proveedor Dentegra para cualquier servicio dental. Las autorizaciones previas no son un requisito de los planes PPO administrados por Dentegra. Los afiliados pueden buscar tratamiento de cualquier proveedor Dentegra para cualquier procedimiento dental sin notificar al plan Dentegra PPO para una autorización previa. Los afiliados y sus dependientes tienen la libertad de procurar tratamiento con cualquier dentista con la licencia correspondiente.**

5. Comunicaciones

Un portador debe dirigir su método para informarle a los asegurados acerca de los servicios y características de la red a través de divulgaciones y avisos a los asegurados en el plan de acceso de la red para cada red ofrecida por el portador.

**Los folletos de beneficios del plan son proporcionados a cada individuo con cobertura y resumen estos procesos. También están disponibles en el sitio web de Dentegra para información de los beneficios**

6. Pacientes con necesidades especiales  
El proceso documentado del portador para atender las necesidades, incluidos el acceso a los servicios, de los asegurados con un dominio limitado del inglés, con trasfondos culturales y étnicos diversos y con discapacidades físicas o mentales.

**Los proveedores de Dentegra están de acuerdo con lo siguiente:**

**(a) Proporcionar tratamiento a los afiliados con la misma calidad y proporcionar acceso a la atención consistente con el balance de la práctica del proveedor y no diferencia o discriminar contra ningún afiliado con base a la fuente de pago; y**

**(b) No diferenciar de manera ilegal o discriminar contra un afiliado, empleado o solicitante a empleo con base a raza, religión, color, origen nacional, ancestro, lugar de residencia, discapacidad física, estado clínico, estado civil, orientación sexual, edad o sexo; y**

**(c) Cumple con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Ley Pública 103-227 (US. Ley de la Infancia de 1994 [20 USC 6081, et. seq.] y la Sección 1352 del Título 31), Código de los Estados Unidos relacionado a las prohibiciones en contra de usar fondos federales para cabildeo; y**

**(d) No utilizar o contratar, directa o indirectamente, entidades o individuos excluidos de la participación en Medicare o Medicaid bajo las secciones 1128 o 1128A de la Ley de Seguro Social, para la disposición de servicios dentales, revisión de utilización, servicios médicos de trabajo social o administrativos; y**

**(e) No condicionar el tratamiento ni discriminar de alguna forma con base en si el afiliado ha seguido instrucciones previas (una instrucción previa está definida por la ley federal).**

**(f) Cumplir con todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales correspondientes relacionadas a la simplificación, seguridad y privacidad de la información individual identificable del afiliado, incluida pero no limitada a la Ley federal de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Sanitario de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés)**

7. Procedimientos de reclamaciones y apelaciones  
Los procedimientos de reclamaciones de portador, los cuales deben estar en conformidad con las reglas de la División correspondientes a la investigación puntual de las reclamaciones que involucren los procedimientos de revisión de utilización y de reclamación.

**Usted puede presentar una disputa en situaciones en las cuales Dentegra haya tenido la oportunidad de revisar toda la documentación respaldatoria correspondiente. Presente una reclamación por escrito (nuestro formulario se puede encontrar en el Centro de documentos en la sección para proveedores de es.dentegra.com) dentro de 365 días a partir de la acción o inacción que provoque la reclamación.**

8. Coordinación y continuidad de la atención  
Los portadores deben asegurar suficientes provisiones de continuidad de atención para sus asegurados.
- a. Un portador y un proveedor participante deben proveerse un aviso el uno al otro de al menos (60) días antes de que un proveedor sea removido o deje la red sin una causa.
  - b. Independientemente de que haya causa o no, o si es debido a una no renovación de un contrato, el portador debe hacer un esfuerzo de buena fe para proporcionar un aviso escrito de la remoción del proveedor, salida o no renovación de la red, y la información del proveedor que está incluida en la regulación dentro de (15) Este aviso debe ser proporcionado a todas las personas cubiertas identificadas que estén identificadas como pacientes por el proveedor, estén una lista de pacientes del portador para ese proveedor o hayan sido consultado al proveedor que esté siendo removido o abandonando la red dentro de los seis (6) meses anteriores.
  - c. Una persona cubierta debe haber estado bajo tratamiento, o haber sido examinada al menos una vez durante los doce (12) meses anteriores por el proveedor que está siendo removido o abandonado la red para que se considere que esa persona esté en un tratamiento activo.
  - d. Un portador debe establecer procedimientos de transición razonables para que la persona que está bajo un tratamiento activo pueda consultar un proveedor razonable de forma tal que se le proporcione continuidad de la atención cuando el proveedor de la persona cubierta abandone o sea removida de la red.
  - e. Un portador debe poner a disposición de la persona cubierta una lista de los proveedores participantes que están aceptando pacientes nuevos en la misma área geográfica y el tipo de especialidad del proveedor, o un referido a un proveedor si no hay proveedores participantes disponibles que sean del mismo tipo de proveedor o especialidad. El portador debe proporcionar información acerca de cómo la persona cubierta puede solicitar continuidad de atención según lo requerido por esta regulación.
  - f. Los procedimientos de transición de un portador deben garantizar que:



- (1) Un portador debe revisar las solicitudes para la continuidad de la atención hechas por la persona cubierta o el representante autorizado de la persona cubierta;
  - (2) Las solicitudes para continuidad de la atención deben ser revisadas por el Director Médico/Dental del portador después de haber consultado al proveedor del tratamiento. Este requisito aplica a:
    - (a) Los pacientes que cumplen con los criterios aplicables que se incluyen en esta regulación; y
    - (b) Que están bajo la atención de un proveedor que no haya sido removido o que haya abandonado la red por una causa;
  - (3) El periodo de continuidad de atención para las personas cubiertas que están bajo un curso activo de tratamiento se debe extender a lo que suceda primero:
    - (a) La terminación del plan de tratamiento por la persona cubierta o el proveedor del tratamiento;
    - (b) Noventa (90) días después de la fecha de vigencia de la salida del proveedor o la terminación de la red, a menos que el Director médico/dental del portador determine que un periodo más largo es necesario;
    - (c) La fecha en que la atención haya cambiado exitosamente a un proveedor participante;
    - (d) Las limitaciones de los beneficios bajo el plan se cumplan o se superen;
    - (e) La fecha en que la cobertura sea cancelada; o
    - (f) La atención ya no sea necesaria desde el punto de vista médico.
- g. Además de las disposiciones del punto 8 de la Lista B de esta regulación, una solicitud de continuidad de atención solo puede ser otorgada cuando el proveedor que abandona o es suspendido de la red:
- (1) Acuerda por el escrito el aceptar el mismo pago y seguir los mismos términos y condiciones que el proveedor original acordó con el portador para ese paciente en el contrato original con del proveedor, o por el pago y los términos nuevos acordados y realizados entre el proveedor y el prestador; y
  - (2) Acuerda por escrito no solicitar pago alguno de la persona cubierta por cualquier cantidad que la persona cubierta no hubiese tenido que pagar si el proveedor aun fuese un proveedor participante.
- h. La obligación de asegurar que el paciente continúa libre de responsabilidad por servicios ofrecidos en la capacidad del proveedor como proveedor participante sobrevive la cancelación del contrato del proveedor. El asegurar que permanezca libre de obligación no aplica a los servicios prestados después de la cancelación del contrato del proveedor, a menos que la relación en la red se extienda para proporcionar continuidad de la atención.

**Los proveedores han estado de acuerdo en darle a Dentegra (90) días de aviso escrito de una cancelación, sujeto a las disposiciones de nuestro Acuerdo del Proveedor.**

**En caso de que un aviso de cancelación de este Acuerdo o de un Programa, el proveedor debe continuar programando y cumpliendo con las citas existentes de los afiliados hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. A partir de la fecha de entrada en vigor de la cancelación de este Acuerdo o Programa,**

las disposiciones de este Acuerdo no tendrán validez ni efecto alguno y cada una de las partes deberá ser eximida, excepto que:

- (a) La cancelación no pueda afectar derechos ni obligaciones que se hayan acumulado previamente o que puedan ocurrir respecto a alguna ocurrencia anterior a la fecha de entrada en vigor de la cancelación y cualquiera de esos derechos y obligaciones deben continuar siendo gobernados por los términos de este Acuerdo;
- (b) A menos que Dentegra tome alguna otra disposición razonable y médicamente apropiada para el desempeño de los servicios, el Proveedor debe completar todos los servicios comenzados (pero no completados) antes de la cancelación.
- (c) El Proveedor está de acuerdo en notificarle específicamente a todos los Afiliados que el Proveedor ya no está contratado para proporcionar servicios como Proveedor Participante.

Los dentistas participantes están contractualmente obligados a notificarle a sus pacientes si ya no participan con Dentegra Insurance Company. En el Acuerdo del proveedor, Sección VI, página 5: Los Registros y la Disponibilidad para inspección establece:

**Acceso a los registros dentales Sujeto a el cumplimiento con todas las leyes federales y estatales aplicables y a los estándares profesionales acerca de la confidencialidad de los registros del paciente, el Proveedor debe asistir a Dentegra para lograr continuidad de la atención para los afiliados mediante el intercambio máximo de los registros del paciente para los servicios ofrecidos a los Afiliados. Las obligaciones del proveedor según este Párrafo deben incluir, sin limitaciones:**

- (a) Proporcionarle a Dentegra copias de los registros de paciente del Afiliado que estén custodiados por el Proveedor o cualquier Profesional prestador de servicios;
- (b) Permitirle al personal autorizado por Dentegra, sus representantes designados, organizaciones de acreditación y revisión y agencias de gobierno, el acceso a tales registros en las facilidades del Proveedor durante horas laborables regulares;
- (c) Siempre cuando haya una solicitud razonable, el proporcionar copias de los registros de un paciente Afiliado a cualquier otro Proveedor participante que esté brindándole tratamiento a ese Afiliado.

**En caso de un aviso de cancelación de este Acuerdo o de un Programa, el Proveedor debe continuar programando y honrando las citas existentes del Afiliado hasta que la fecha de cancelación entre en vigencia. A partir de la fecha de entrada en vigor de la cancelación de este Acuerdo o Programa, las disposiciones de este Acuerdo no tendrán validez ni efecto alguno y cada una de las partes deberá ser eximida, excepto que:**

- a. La cancelación no afecte ningún derecho u obligación que se haya acumulado previamente o pueda surgir en relación con algún evento anterior a la fecha de entrada en vigor de la cancelación y cualquier de esos derechos y obligaciones debe continuar siendo regidos por este Acuerdo;**
- b. A menos que Dentegra establezca otra disposición razonable y médicamente apropiada para el desempeño de los servicios, el Proveedor debe completar todos los servicios dentales que haya empezado (pero no completado) antes de la cancelación.**
- c. El Proveedor está de acuerdo en notificar específicamente a todos los Afiliados que el Proveedor ya no está contratado para ofrecer servicios como un Proveedor participante.**