

Asignación de beneficios para pacientes de Delta Dental of West Virginia o de la compañía de seguros Delta Dental para un proveedor que no es de la red

Para el afiliado: Cualquier afiliado elegible de Delta Dental en West Virginia que: (1) desee recibir servicios cubiertos de un proveedor que no sea parte de las redes de Delta Dental (no participante); y (2) elige 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 (electronic claims submission, ECS), 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 Delta Dental en es.deltadentalins.com/about/legal/enrollee.html

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

1. **Sin balance de la facturación.** Los proveedores participantes de Delta Dental acuerdan aceptar cargos que oscilan entre el 15 % y el 30 % por debajo de los cargos habituales de proveedores con el mismo código postal para los mismos servicios y no facturar por cualquier importe superior a ese cargo. Entiendo que esto reducirá mis gastos de bolsillo cuando vea a un proveedor de Delta Dental porque no estaré obligado a abonar la diferencia entre lo que Delta Dental paga y un mayor cargo de un proveedor no participante.
2. **Proveedores completamente acreditados.** Delta Dental 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 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 Delta Dental evalúa la calidad y la pertinencia de la atención brindada por los proveedores de Delta Dental 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 cumplan con los estándares comunes de atención.

4. **Programa de reclamación que es de la red.** El programa de quejas formales de Delta Dental me proporciona la oportunidad de que se investigue y resuelva cualquier queja sobre el tratamiento que recibo, incluida la reclamación de cualquier recargo o nuevo tratamiento (sin costo adicional) por servicios inaceptables. No dispondré de esta protección porque Delta Dental no tiene un contrato con el proveedor mencionado.
5. **Protección frente al fraude y el abuso.** La capacidad de Delta Dental para investigar y abordar el posible fraude y abuso es mayor con un proveedor participante porque el contrato del proveedor le proporciona a Delta Dental acceso fácil a los registros de pacientes y la capacidad de requerir medidas correctivas.

He leído y entiendo todas las protecciones explicadas anteriormente. Reconozco que esas protecciones no están disponibles para mí cuando recibo servicios cubiertos de un proveedor no participante. Solicito que Delta Dental asigne mis beneficios por los servicios cubiertos al proveedor anterior, que no es un proveedor de Delta Dental.

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

Firma: _____