

Resumen de Beneficios



SEIU Individual Providers Plan A – WA172 – 8/1/2025

BENEFICIOS CUBIERTOS		COPAGOS	
Máximo anual		No hay máximo anual*	
Deducible		No deducible	
Visita general o de ortodoncia en la oficina		Usted paga \$0 por visita	
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y PREVENTIVOS			
Exámenes de rutina y emergencia		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Rayos X		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Limpieza de dientes		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Tratamiento de fluoruro		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Sellantes (por diente)		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Pruebas para detección del cáncer de la cabeza y cuello		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Instrucción de higiene oral		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Diagrama periodontal		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Evaluación periodontal		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
ODONTOLOGÍA RESTAURADORA			
Empastes		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Corona de porcelana-metal		Usted paga \$250 de copago**	
PROSTODONCIA			
Dentadura postiza completa superior o inferior		Usted paga \$400 de copago**	
Puente (por diente)		Usted paga \$250 de copago**	
ENDODONCIA Y PERIODONCIA			
Terapia de tratamiento de conducto - anterior		Usted paga \$85 de copago	
Terapia de tratamiento de conducto - bicúspide		Usted paga \$105 de copago	
Terapia de tratamiento de conducto - molar		Usted paga \$130 de copago	
Cirugía ósea (por cuadrante)		Usted paga \$150 de copago	
Alisado radicular (por cuadrante)		Usted paga \$75 de copago	
CIRUGÍA ORAL			
Extracción de rutina (un diente)		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Extracción quirúrgica		Usted paga \$100 de copago	
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA			
Tratamiento pre-ortodoncia		Usted paga \$150 de copago***	
Tratamiento completo de ortodoncia		Usted paga \$1,500 de copago	
IMPLANTES DENTALES			
Cirugía para implantes dentales		Beneficio máximo para implantes de \$1,500 por año calendario	
MISCELÁNEOS			
Anestesia local		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Honorarios del laboratorio dental		Cubierto con el copago de visita a la oficina	
Óxido Nitroso		Usted paga \$40 de copago	
Visita a la oficina de especialidad		Usted paga \$30 por visita	
Reembolso por cuidado de emergencia fuera de área		Usted paga por cargos en exceso de \$250	

*Si los beneficios para TMJ (ATM), cirugía para implantes, y cirugía ortognática están cubiertos, estos tienen un máximo **Las prótesis dentales con implante (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto. ***El copago se acredita al copago del Tratamiento Completo de Ortodoncia, si el paciente acepta el plan de tratamiento.

Suscrito por Willamette Dental of Washington, Inc.

Aquí presentados están algunos de los procedimientos más comunes pagados en su plan. Por favor mire el Certificado de Cobertura para una completa descripción del plan, limitaciones y exclusiones.

Exclusiones y Limitaciones



Esto sólo es un resumen. El certificado de cobertura contiene una descripción completa de las limitaciones y exclusiones.

EXCLUSIONES

- Injerto óseo.
- Puentes, coronas, dentaduras, o dispositivos prostéticos que requieren múltiples fechas de tratamiento o pruebas si el dispositivo prostético está colocado o entregado más de 60 días después de la terminación de la cobertura
- La terminación o entrega de tratamientos o servicios iniciados antes de la fecha efectiva de cobertura.
- TC de haz cónico Rayos X y encuestas tomográficas.
- Implantes dentales soportados por prótesis o por pilares (coronas, puentes y dentaduras postizas).
- Un implante dental colocado quirúrgicamente antes de la fecha efectiva de cobertura del miembro, que no ha recibido una restauración final o un implante dental para tratamiento de dentición primario o de transición.
- Terapia de endodoncia terminada más de 60 días después de la terminación de la cobertura
- Intaróseo, subperióstico, transóseo, o mini implantes dentales.
- Exámenes o consultas necesarias sólo en conexión con un servicio no indicado como cubierto
- Servicios experimentales o de investigación y exámenes o consultas relacionados.
- Reconstrucción completa de la boca, incluyendo la restauración completa de la boca con coronas, puentes o implantes; y rehabilitación oclusal, incluyendo coronas, puentes o implantes utilizados con el propósito de entablillar, alterando la dimensión vertical, restauración de oclusiones o corrección de desgaste, abrasión o erosión.
- Cuidado en el hospital u otro cuidado fuera de la oficina dental para procedimientos dentales, servicios médicos u honorarios de la instalación.
- Mantenimiento, reparación, reemplazo o terminación de un implante existente empezado o colocado por un proveedor que no participa sin un referido de un proveedor del Grupo Dental Willamette.
- Mantenimiento, reparación, reemplazo o terminación de un implante existente empezado o colocado antes de la fecha

efectiva de cobertura del miembro

- Servicios próstéticos maxilofacial
- Placa para usar durante la noche
- Cirugía ortognática, a menos que esté indicada como cubierta en el contrato
- Restauraciones personalizadas
- Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética y otros servicios, los cuales principalmente están destinados a mejorar, alterar o realzar la apariencia.
- Medicinas bajo receta y medicinas de venta libre y pre medicamentos.
- Los cargos del proveedor por faltar a una cita o cancelar una cita sin la notificación de 24 horas de anticipación
- Reemplazo por pérdida, falta, o robo de instrumentos dentales; reemplazo de instrumentos dentales que son dañados debido a abuso, mal uso o negligencia.
- Reemplazo de restauraciones existentes
- Servicios y exámenes relacionados o consultas que no están dentro del plan de tratamiento prescrito o no son recomendados y aprobados por el dentista del Grupo Dental Willamette.
- Servicios y exámenes o consultas relacionados en la medida en que no sean necesarios para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de una enfermedad implicada.
- Servicios por cualquier persona aparte de un dentista con licencia, denturista, higienista o asistente dental.
- Servicios para el diagnóstico o tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular
- Servicios para el tratamiento de una lesión o enfermedad que está cubierta bajo la compensación a los trabajadores o que son la responsabilidad del empleador
- Servicios para tratamiento de lesiones recibidas mientras practican o compiten en un concurso atlético profesional
- Servicios para el tratamiento por lesiones auto-infligidas intencionalmente
- Servicios para los cuales la cobertura está disponible bajo cualquier programa federal, estatal o gubernamental, a menos que sea requerido por la ley.
- Servicios no indicados como cubiertos en el contrato.
- Servicios donde no hay evidencia de patología, disfunción, o enfermedad que no sean los servicios preventivos cubiertos.

LIMITACIONES

- Si se pueden utilizar servicios alternos para tratar una condición, el servicio recomendado por el dentista del Grupo Dental Willamette está cubierto.
- Servicios indicados en el contrato, los cuales son proporcionados para corregir malformaciones congénitas o de desarrollo de los dientes y la estructura de apoyo serán cubiertos si principalmente con el propósito de controlar o eliminar la infección, controlar o eliminar el dolor, o la función de restauración.
- Cuando la terapia de conducto fue realizada por un dentista del Grupo Dental Willamette, el retratamiento del conducto será cubierto como parte de un tratamiento inicial por los primeros 24 meses. Cuando la terapia inicial de conducto fue realizado por un proveedor que no participa, el retratamiento de dicha terapia de conducto por un dentista del Grupo Dental Willamette estará sujeto a los copagos aplicables
- Anestesia general está cubierta con los copagos especificados en el contrato, si, es realizada en la oficina dental, es proporcionado en conjunto con el servicio cubierto, y si es dentalmente necesario debido a que los afiliados son menores de la edad de 7 años, discapacitados mentalmente o físicamente.
- Los servicios proporcionados por un dentista en un ambiente de hospital deben reunir los requisitos en el contrato para ser cubiertos.
- El reemplazo de una dentadura, corona, incrustación, recubrimiento existente u otro dispositivo está cubierto si el dispositivo tiene más de cinco años y es necesario el reemplazo dental.
- Las coronas, moldes u otras restauraciones fabricadas indirectamente son cubiertas si es necesario dentalmente y si es recomendado por el dentista del Grupo Dental Willamette.