

# RESUMEN DE BENEFICIOS

SEIU – Employer Care Plan – WA172 – 8/1/2023



BENEFICIOS CUBIERTOS	COPAGOS
Máximo Anual	No hay Máximo Anual*
Deducible	No Deducible
Visita General o de Ortodoncia en la Oficina	Usted Paga \$20 por Visita
<b>SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y PREVENTIVOS</b>	
Exámenes de Rutina y Emergencia	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Rayos X	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Limpieza de Dientes	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Tratamiento de Fluoruro	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Sellantes (por Diente)	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Pruebas para Detección del Cáncer de la Cabeza y Cuello	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Instrucción de Higiene Oral	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Diagrama Periodontal	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Evaluación Periodontal	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
<b>ODONTOLOGÍA RESTAURADORA</b>	
Empastes	Usted Paga \$35 de Copago
Corona de Porcelana-Metal	Usted Paga \$350 de Copago**
<b>PROSTODONCIA</b>	
Dentadura Postiza Completa Superior o Inferior	Usted Paga \$500 de Copago**
Puente (por Diente)	Usted Paga \$350 de Copago**
<b>ENDODONCIA Y PERIODONCIA</b>	
Terapia de Tratamiento de Conducto - Anterior	Usted Paga \$150 de Copago
Terapia de Tratamiento de Conducto - Bicúspide	Usted Paga \$250 de Copago
Terapia de Tratamiento de Conducto - Molar	Usted Paga \$275 de Copago
Cirugía Ósea (por Cuadrante)	Usted Paga \$250 de Copago
Alisado Radicular (por Cuadrante)	Usted Paga \$115 de Copago
<b>CIRUGÍA ORAL</b>	
Extracción de Rutina (Un Diente)	Usted Paga \$40 de Copago
Extracción Quirúrgica	Usted Paga \$175 de Copago
<b>TRATAMIENTO DE ORTODONCIA</b>	
Tratamiento Pre-Ortodoncia	No es un beneficio cubierto
Tratamiento Completo de Ortodoncia	No es un beneficio cubierto
<b>IMPLANTES DENTALES</b>	
Cirugía para Implantes Dentales	Beneficio máximo para implantes de \$1,500 por año calendario
<b>MISCELÁNEOS</b>	
Anestesia Local	Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina
Honorarios del Laboratorio Dental	Cubierto con el Copago de la 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, cirugía para implantes, y cirugía ortognática están cubiertos, estos tienen un máximo. \*\*El copago acreditado hacia el copago del Tratamiento Completo de Ortodoncia si el paciente acepta el plan de tratamiento.

\*\*\*El copago acreditado hacia el 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.

Oficina Administrativa: 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124

028-WA(7/20)aSP

# 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 protésicos que requieren múltiples fechas de tratamiento o pruebas si el dispositivo protésico 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 primaria 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 protésicos 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.