

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Public Employees' Benefit Board – OR90 – 1/1/2022



| BENEFICIOS CUBIERTOS                                    | COPAGOS   |
|---|---|
| Máximo Anual  | No hay Máximo Anual <sup>1</sup>                              |
| Deducible   | No Deducible  |
| Visita General o de Ortodoncia en la Oficina            | Usted Paga \$10 por Visita <sup>2</sup>                       |
| <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 \$20 de Copago                                     |
| Corona de Porcelana-Metal                               | Usted Paga \$250 <sup>3</sup> de Copago                       |
| <b>PROSTODONCIA</b>                                     |   |
| Dentadura Postiza Completa Superior o Inferior          | Usted Paga \$290 <sup>3</sup> de Copago                       |
| Puente (por Diente)                                     | Usted Paga \$250 <sup>3</sup> de Copago                       |
| <b>ENDODONCIA Y PERIODONCIA</b>                         |   |
| Terapia de Tratamiento de Conducto                      | Usted Paga \$150 de Copago                                    |
| Cirugía Ósea (por Cuadrante)                            | Usted Paga \$190 de Copago                                    |
| Alisado Radicular (por Cuadrante)                       | Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina              |
| <b>CIRUGÍA ORAL</b>                                     |   |
| Extracción de Rutina (Un Diente)                        | Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina              |
| Extracción Quirúrgica                                   | Usted Paga \$40 de Copago                                     |
| <b>TRATAMIENTO DE ORTODONCIA</b>                        |   |
| Tratamiento Pre-Ortodoncia                              | Usted Paga \$150 <sup>4</sup> de Copago                       |
| Tratamiento Completo de Ortodoncia                      | Usted Paga \$2,500 de Copago                                  |
| <b>IMPLANTES DENTALES</b>                               |   |
| Cirugía para Implantes Dentales                         | Beneficio máximo para implantes de \$1,500 por año calendario |
| <b>MISCELÁNEOS</b>                                      |   |
| Protector Oclusal                                       | Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina              |
| Protector Bucal para Atletas                            | Usted Paga \$100 de Copago                                    |
| 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   | Cubierto con el Copago de la Visita a la Oficina              |
| Visita a la Oficina de Especialidad                     | Usted Paga \$10 por Visita <sup>2</sup>                       |
| Reembolso por Cuidado de Emergencia Fuera de Área       | Usted paga por cargos en exceso de \$150                      |

<sup>1</sup>Los beneficios para cirugía de implantes tienen un máximo. <sup>2</sup>El Copago de la Visita a la Oficina se aplica en cada visita, además de cualquier copago por servicios. <sup>3</sup>Las prótesis dentales con implante (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto. <sup>4</sup>El copago acreditado hacia el copago del Tratamiento Completo de Ortodoncia, si el paciente acepta el plan de tratamiento.

## Suscrito por Willamette Dental Insurance, Inc.

Estos son solo algunos de los procedimientos más comunes cubiertos en su plan. El Certificado de Cobertura contiene una descripción completa de los copagos y beneficios cubiertos.

Oficina Administrativa: 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124  
028-OR90(6/21)SP

# 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.
- Servicios de endodoncia, servicios de prótesis e implantes que fueron proporcionados antes de la fecha efectiva de cobertura.
- 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 entabillar, alterando la dimensión vertical, restauración de oclusiones o corrección de desgaste, abrasión o erosión.
- Anestesia general, sedación moderada.
- 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 de Willamette Dental Group.

- Mantenimiento, reparación, reemplazo o terminación de un implante existente empezado o colocado antes de la fecha efectiva de cobertura del miembro
- Cirugía ortognática.
- 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 premedicamentos.
- 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 de Willamette Dental Group.
- 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 que no sea 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 de Willamette Dental Group 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.
- Las coronas, moldes u otras restauraciones fabricadas indirectamente son cubiertas si es necesario dentalmente y si es recomendado por el dentista de Willamette Dental Group.
- Cuando la terapia de conducto fue realizada por un dentista de Willamette Dental Group, 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.
- Los servicios proporcionados por un dentista en un ambiente de hospital están cubiertos si: un hospital o un entorno similar es médicamente necesario; los servicios están autorizados por escrito por un dentista de Willamette Dental Group; los servicios proporcionados son los mismos servicios que se proporcionarían en una oficina dental; y se pagan los copagos correspondientes.
- El reemplazo de una dentadura, corona, incrustación, recubrimiento existente u otro dispositivo está cubierto si el dispositivo tiene más de 5 años y el reemplazo es dentalmente necesario.
- El reemplazo de un protector oclusal está cubierta solo uno en un período de 2 años.
- El reemplazo de un protector bucal para atletas está limitado a una vez cada 12 meses.