

Resumen de Beneficios

Número de Grupo:WA742
Fecha Efectiva:1.1.2020



Hospitality Industry Health Insurance Trust

Máximo Anual	No hay Máximo Anual*
Deducible	No Deducible
Visita General o de Ortodoncia en la Oficina	Usted para \$20 por Visita
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVOS	
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
ODONTOLOGÍA RESTAURADORA	
Empastes	Usted paga \$30 de Copago
Porcelana-Corona de Metal	Usted paga \$300 de Copago
PROSTODNCIA	
Dentadura Postiza Completa Superior o Inferior	Usted paga \$400 de Copago
Puente (por Diente)	Usted paga \$300 de Copago
ENDODONCIA Y PERIODONCIA	
Terapia de Tratamiento de Conducto - Anterior	Usted paga \$150 de Copago
Terapia de Tratamiento de Conducto - Bicúspide	Usted paga \$225 de Copago
Terapia de Tratamiento de Conducto - Molar	Usted paga \$300 de Copago
Cirugía Ósea (por Cuadrante)	Usted paga \$350 de Copago
Alisado Radicular (por Cuadrante)	Usted paga \$115 de Copago
CIRUGÍA ORAL	
Extracción de Rutina (Un Diente)	Usted paga \$20 de Copago
Extracción Quirúrgica	Usted paga \$175 de Copago
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA	
Tratamiento Pre-Ortodoncia	Usted paga \$150 de Copago**
Tratamiento Completo de Ortodoncia	Usted paga \$2500 de Copago
MISCELÁNEOS	
Anestesia Local	Cubierta con el Copago de la Visita a la Oficina
Honorarios del Laboratorio Dental	Cubierta 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 \$100

* Si los beneficios para TMJ, cirugía para implantes, y cirugía ortognática están cubiertos, estos tienen un máximo. TMJ tiene un máximo anual de \$1,000 y un máximo vitalicio de \$5,000.

**El copago acreditado hacia el copago del Tratamiento Completo de Ortodoncia si el paciente acepta el plan de tratamiento.

Suscrito por Willamette Dental de Idaho, Inc. 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124

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 & 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 objeto protésico está instalado 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.
- Los 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.
- 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 otra persona que no sea un dentista certificado, 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 al trabajador o que es de 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.
- Los servicios indicados en el contrato, los cuales son proporcionados para corregir malformaciones congénitas o de desarrollo, que afectan las funciones de los dientes y de las estructuras que soportan serán cubiertos para niños dependientes si la necesidad dental ha sido establecida.
- 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 del conducto radicular fue realizado por un proveedor que no participa, el retratamiento de dicha terapia de conducto radicular por un dentista del Grupo Dental Willamette será 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 provistos por un dentista en un ambiente de hospital están cubiertos si: un hospital o ambiente similar medicamente necesario; los servicios son autorizados por escrito por el dentista del Grupo Dental Willamette; los servicios proporcionados son los mismos servicios que serían provistos en una oficina dental; y se pagan los copagos aplicables.
- El reemplazo de una dentadura postiza, corona, incrustación, recubrimiento existente u otro dispositivo protésico está cubierto si el dispositivo si tiene más de cinco años y es necesario el reemplazo dental
- Las coronas, moldes u otras restauraciones fabricadas indirectamente son cubiertas si son necesarias dentalmente y si es recomendado por el dentista del Grupo Dental Willamette.