

# Willamette Dental Group

## Plan dental

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2020

Avalado por Willamette Dental of Washington, Inc., este plan proporciona una amplia cobertura de servicios para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones dentales y de los tejidos de soporte. Solo mencionamos algunos de los procedimientos más comunes que están cubiertos en su plan. Consulte el certificado de cobertura para obtener una descripción completa del plan que incluye sus limitaciones y exclusiones.

| Beneficios                                                                                                                                                                                                                         | Copagos                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Máximo anual                                                                                                                                                                                                                       | Sin máximo anual*                                                      |
| Deducible                                                                                                                                                                                                                          | Sin deducible                                                          |
| Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general                                                                                                                                                                             | Sin copago por visita                                                  |
| <b>Servicios diagnósticos y preventivos</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                        |
| Exámenes de rutina y emergencia, rayos X, limpieza dental, tratamiento con fluoruro, selladores (por diente), detección de cáncer de cabeza y cuello, recomendaciones sobre higiene oral, periodontograma y evaluación periodontal | Cubiertos con el copago de visita al consultorio                       |
| <b>Odontología restauradora</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |
| Empastes (de amalgama)                                                                                                                                                                                                             | Cubiertos con el copago de visita al consultorio                       |
| Corona de metal porcelana                                                                                                                                                                                                          | Usted hace un copago de \$250                                          |
| <b>Prostodoncia</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |
| Dentadura postiza inferior o superior completa                                                                                                                                                                                     | Usted hace un copago de \$400                                          |
| Puente (por diente)                                                                                                                                                                                                                | Usted hace un copago de \$250                                          |
| <b>Endodoncia y periodoncia</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |
| Terapia de conducto radicular – Anterior                                                                                                                                                                                           | Usted hace un copago de \$85                                           |
| Terapia de conducto radicular – Bicúspide                                                                                                                                                                                          | Usted hace un copago de \$105                                          |
| Terapia de conducto radicular – Molar                                                                                                                                                                                              | Usted hace un copago de \$130                                          |
| Cirugía ósea (por cuadrante)                                                                                                                                                                                                       | Usted hace un copago de \$150                                          |
| Alisado radicular (por cuadrante)                                                                                                                                                                                                  | Usted hace un copago de \$75                                           |
| <b>Cirugía oral</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |
| Extracción de rutina (un solo diente)                                                                                                                                                                                              | Cubierta con el copago de visita al consultorio                        |
| Extracción quirúrgica                                                                                                                                                                                                              | Usted hace un copago de \$100                                          |
| <b>Tratamiento de ortodoncia ¡NUEVO! IMPLEMENTADO ESTE AÑO</b>                                                                                                                                                                     |                                                                        |
| Tratamiento de preortodoncia                                                                                                                                                                                                       | Usted hace un copago de \$150**                                        |
| Tratamiento de ortodoncia integral                                                                                                                                                                                                 | Usted hace un copago de \$2,500                                        |
| <b>Implantes dentales ¡NUEVO! IMPLEMENTADO ESTE AÑO</b>                                                                                                                                                                            |                                                                        |
| Cirugía de implantes dentales                                                                                                                                                                                                      | Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario |
| <b>Otros</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |
| Anestesia local                                                                                                                                                                                                                    | Cubierta con el copago de visita al consultorio                        |
| Tarifas del laboratorio dental                                                                                                                                                                                                     | Cubiertas con el copago de visita al consultorio                       |
| Óxido nítrico                                                                                                                                                                                                                      | Usted hace un copago de \$40                                           |
| Visita a consultorios de especialistas                                                                                                                                                                                             | Usted hace un copago de \$30 por visita                                |
| Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura                                                                                                                                                                   | Usted paga montos que excedan los \$250                                |

\* ATM tienen un máximo anual de \$1,000/máximo vitalicio de \$5,000.

\*\* Si el paciente acepta el plan de tratamiento, el copago se descuenta del copago de tratamiento de ortodoncia integral.

## Exclusiones

Puentes, coronas, dentadura postiza o aparatos protésicos que requieran varias citas de tratamiento o equipos en caso de que la prótesis sea instalada o entregada más de 60 días después del vencimiento de la cobertura.

La finalización o prestación de servicios o tratamientos que se hayan iniciado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de implantes dentales, entre ellos, aparatos acoplados de mantenimiento y aquellos relacionados con implantes dentales.

Servicios endodónticos, servicios protésicos e implantes que sean proporcionados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Terapia endodóntica que se haya finalizado más de 60 días después del vencimiento de la cobertura. Consultas o exámenes que sean necesarios en relación con un servicio no cubierto. Servicios de investigación o experimentales, y consultas o exámenes relacionados.

Reconstrucción y restauración totales de la boca, usando coronas, puentes o implantes; y rehabilitación oclusal, incluyendo coronas, puentes o implantes utilizados con el fin de ferulizar, modificar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o corregir el desgate, la abrasión o la erosión.

Atención durante la hospitalización fuera de un consultorio odontológico y que se relacione con procedimientos dentales, servicios médicos o costos de estadía en centros médicos. Servicios protésicos maxilofaciales.

Protectores dentales para dormir.

Restauraciones personalizadas.

Cirugía estética, reconstructiva o plástica y otros servicios o suministros, cuyo fin principal sea mejorar, modificar o realzar el aspecto.

Medicamentos con prescripción y de venta libre y premedicaciones.

Cobro del proveedor por no asistir a una cita o por cancelarla sin notificación con al menos 24 horas de anticipación.

Reemplazo de aparatos dentales por pérdida, extravío o robo; reemplazo de aparatos dentales que se hayan dañado debido al abuso, uso incorrecto o negligencia.

Reemplazo de restauraciones en buen estado.

Servicios y consultas o exámenes relacionados que no estén dentro del plan de tratamiento con prescripción y/o no sean recomendados ni aprobados por un dentista de Willamette Dental Group.

Servicios y consultas o exámenes relacionados que no sean necesarios para el diagnóstico, atención o tratamiento de la afección correspondiente.

Servicios prestados por una persona que no sea un dentista, técnico dental, higienista o auxiliar de odontología con licencia.

Servicios para el tratamiento de lesiones que se hayan sufrido mientras se practicaba o se participaba en una competencia atlética profesional.

Servicios para el tratamiento de una lesión o enfermedad que esté cubierta por compensación por accidente laboral o que sea responsabilidad del empleador.

Servicios para el tratamiento de lesiones autoinfligidas de forma intencional.

Servicios que cuenten con una cobertura derivada de un programa federal, estatal o gubernamental, salvo que la ley lo exija.

Servicios que no hagan parte de la cobertura según el contrato.

Servicios que no cuenten con pruebas de patología, disfunción o enfermedad distintos a los servicios preventivos cubiertos.

## Limitaciones

En caso de que se puedan utilizar servicios alternativos para tratar una afección, se cubrirá el servicio recomendado por el dentista de Willamette Dental Group.

En el caso de hijos dependientes, se cubrirán los servicios mencionados en el contrato que se presten para corregir malformaciones del desarrollo o congénitas, las cuales afecten las funciones de los dientes y las estructuras de soporte, siempre y cuando se establezca que es una necesidad dental. Se cubre la cirugía ortognática tal y como se especifica en el contrato, si el dentista de Willamette Dental Group determina que es una necesidad dental y autoriza la cirugía ortognática para el tratamiento de un inscrito, menor de 19 años, con malformaciones del desarrollo o congénitas.

Se cubren las coronas u otras reparaciones fabricadas de forma indirecta solo si es una necesidad dental y si el dentista de Willamette Dental Group lo recomienda.

En casos en los que un dentista de Willamette Dental Group haya realizado la terapia de conducto radicular inicial, el retratamiento de la terapia de conducto radicular se cubrirá como parte del tratamiento inicial durante los primeros 24 meses. En casos en los que un proveedor no participante haya realizado la terapia de conducto radicular inicial, el retratamiento de dicha terapia de conducto radicular por parte de un dentista de Willamette Dental Group estará sujeto a los copagos aplicables.

La anestesia general se cubre con los copagos que se especifican en el contrato si esta es administrada en un consultorio odontológico; siempre y cuando se relacione con el servicio cubierto y sea una necesidad dental debido a que el inscrito es menor de 7 años o tiene una discapacidad del desarrollo o física.

Se cubren los servicios prestados por un dentista en un entorno hospitalario si son una necesidad médica; están preautorizados por un dentista de Willamette Dental Group; si los servicios prestados son los mismos servicios que se habrían prestado en un consultorio odontológico; y si se pagan los copagos aplicables.

Se cubre el reemplazo de una dentadura postiza, corona, incrustación dental inlay, recubrimiento u otro aparato protésico existente si el aparato tiene más de 5 años y el reemplazo es una necesidad dental. Planee su tratamiento para maximizar sus beneficios.