

Datos más destacados del plan médico

Cobertura médica y dental de alta calidad

Su cobertura incluye los siguientes beneficios:

- Consultas con médicos de atención primaria gratis
- Médicos
- Dentales
- De ortodoncia
- Salud emocional
- Visión
- Audición
- Para tratar la infertilidad
- Atención para afirmación de género
- Suministro de medicamentos con prescripción
- Cuidado alternativo
- Cuidado quiropráctico

Aproveche al máximo su cobertura

Encuentre el médico de su agrado

Establezca una relación con un médico de confianza al elegir un médico de atención primaria, quien puede atenderlo sin que deba pagar un copago. Puede consultar a este médico para chequeos de bienestar, si se enferma o si necesita una remisión a un especialista.

Si tiene cobertura a través de **Kaiser Permanente de Washington**, puede elegir un médico de atención primaria a través de su sitio web. Inicie sesión o registre su cuenta en myseiu.be/kp-login, y podrá elegir un médico.

Si tiene cobertura a través de **Aetna**, puede elegir un médico de atención primaria a través de su sitio web. Inicie sesión o registre su cuenta en myseiu.be/aetna-login, y podrá elegir su médico.



¡Beneficios de atención auditiva sin copago!

A través de EPIC Hearing, puede obtener hasta \$1,200 en dispositivos auditivos para cada oído sin copago, así como consultas en persona o en línea.

Empiece en myseiu.be/epic.

El autocuidado importa

Beneficios de salud emocional

La salud emocional es igual de importante que la salud física. La cobertura incluye psicoterapia, medicamentos, terapia grupal y medicina alternativa y complementaria, así como:

La aplicación Ginger. Si se siente estresado o abrumado, intente usar Ginger. Con Ginger, puede conversar con un asesor a través de una aplicación segura para teléfonos inteligentes las 24 horas del día, los 7 días de la semana, así como obtener consultas seguras y confidenciales por videollamada con un terapeuta certificado.

Los miembros de su familia mayores de 18 años también pueden descargar Ginger de manera gratuita. Comuníquese con su proveedor de seguro médico para obtener información sobre los beneficios específicos disponibles para usted.

¡NUEVO! IMPLEMENTADO ESTE AÑO.

Cambios en su cobertura para este año (en todos los planes):

- Copago de \$0 por insulina genérica preferida y de marca preferida.
- Copago de \$25 por insulina de marca no preferida.
- Aumento de los cuidados alternativos (como la acupuntura y el cuidado quiropráctico) ahora se cubren hasta 20 visitas por año. Cuidados de naturopatía ilimitados.
- Un beneficio de infertilidad mejorado, que incluye un nuevo beneficio de farmacia para las necesidades de fertilidad.

Alternativas al uso de la sala de emergencias

Si necesita atención inmediata, busque el centro de atención de urgencias más cercano o programe una cita para el mismo día con su médico. Esto puede ahorrarle dinero.

Ahorre en la atención de urgencias.

Si necesita atención inmediata, busque el centro de atención de urgencias más cercano o programe una cita para el mismo día con su médico.

Atención inmediata no es lo mismo que atención médica de emergencia.

Si está presentando una afección que pone en riesgo su vida, por ejemplo, un ataque al corazón o un derrame cerebral, debe dirigirse a una sala de emergencias. Si tiene una lesión física leve, como un esguince de tobillo, visite un centro de atención de urgencias.

Gestione el suministro de medicamentos con prescripción sensatamente

La cobertura de medicamentos con prescripción es una parte importante de sus beneficios de salud. Aprovechélo al máximo conociendo sus opciones en lo que respecta a las prescripciones.

Consulta gratis con su médico

Con su cobertura de Kaiser Permanente o de Aetna no hay copago cuando acude a su médico de atención primaria (también llamado proveedor de atención primaria o PCP). Puede consultar a su PCP para chequeos de bienestar, cuando esté enfermo o si necesita una remisión a un especialista.

- Si tiene cobertura a través de Kaiser Permanente de Washington, obtenga más información en myseiu.be/kaiser-online.
- Si tiene cobertura a través de Aetna, obtenga más información en myseiu.be/aetna-online.

KPWA

Ahorre en la atención de urgencias

Sala de emergencias
Copago de \$200,
posteriormente 20 %
de coaseguro

Atención de urgencias/
Consulta médica
Copago de \$0, no se
aplica el deducible

Copago de prescripción médica (en la red)	En la farmacia (suministro de hasta 30 días)	Pedido por correo (suministro de hasta 90 días)
Anticonceptivos genéricos	\$0	Algunos medicamentos tienen descuento si se piden a través de los servicios de prescripción pedida por correo.
Medicamentos basados en el valor	\$4	
Medicamentos genéricos	\$8	
Medicamentos de marca del vademécum	\$25	

Aetna

Ahorre en la atención de urgencias

Sala de emergencias
Copago de \$200,
posteriormente 20 %
de coaseguro

Atención de urgencias/
Consulta médica
Copago de \$25, no se
aplica el deducible

Copago Sav-Rx (en la red)	En la farmacia por suministro de 30 días	Pedido por correo
Anticonceptivos genéricos	\$0	2 veces el costo del copago de medicamentos con prescripción por suministro de 90 días (solo en la red)
Medicamentos basados en el valor*	\$4	
Medicamentos genéricos	\$8	
Medicamentos de marca del vademécum	\$25	
Medicamentos de marca que no se encuentran en el vademécum	\$50	

*Estos medicamentos basados en el valor son medicamentos genéricos que se utilizan para tratar diversas afecciones médicas.



Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del 2010: Los hijos dependientes pueden inscribirse en este plan hasta que cumplan 26 años.

Beneficios	Dentro de la red
Deducible del plan	Individual: \$1,500 por año calendario Familia: \$3,000 por año calendario
Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año	No se aplica al saldo del cuarto trimestre
Coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %
Límite de gastos por cuenta propia	Individual: \$6,250 Familia: \$12,500
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin período de espera para PEC
Máximo vitalicio	Sin límite
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio Cirugía ambulatoria: copago de \$50, se aplica deducible y coaseguro
Medicamentos con prescripción (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios)	Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) con copago de \$4/\$8/\$25 por suministro de 30 días Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) Copago de \$0/\$0
Prescripción pedida por correo (suministro de hasta 90 días)	Algunos medicamentos tienen descuento si se piden a través de los servicios de prescripción pedida por correo.
Acupuntura	Copago de \$0. Se cubren hasta 20 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa. El plan debe aprobar las visitas adicionales (cubiertos completamente).
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio Ambulatorios: copago de \$0
Aparatos, equipos y suministros	Se cubre el 50 %. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos
Suministros para diabéticos	Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites.
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: cubiertos completamente, IRM/TEP/TC con copago de \$50 Los servicios de imágenes radiológicas de alta calidad; por ejemplo, TC, RM y TEP deben ser considerados como necesidad médica y requieren autorización previa, salvo en casos relacionados con atención médica de emergencia o servicios hospitalarios
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200 en un centro designado Copago de \$200 en un centro no designado Se aplica deducible y coaseguro.

Beneficios	Dentro de la red
Exámenes auditivos (1 examen de rutina cada 12 meses)	Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic .
Servicios de atención médica domiciliaria	Cubiertos completamente. Sin límite de visitas Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio
Servicios paliativos	Cubiertos completamente. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio
Servicios de infertilidad	Se cubren los servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y todos los servicios relacionados, entre ellos, la inseminación artificial, la fertilización in vitro, y la farmacoterapia, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios ambulatorios, con máximo vitalicio de \$50,000. Se cubren los medicamentos para la fertilidad, y están sujetos al deducible y al coaseguro del plan del 20 %, con máximo vitalicio de \$35,000
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa; copago de \$0
Servicios de masaje	Consulte “Servicios de rehabilitación”
Servicios de maternidad	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios
Salud mental	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio Ambulatorios: copago de \$0
Naturopatía	Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro. Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Cubiertos completamente
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de bienestar”: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre
Servicios relacionados con la obesidad	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Cuidado preventivo: exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías	Cubiertos completamente Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos completamente
Servicios de rehabilitación: Las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario	Hospitalarios: 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro
Centro de enfermería especializada	Se aplica deducible y coaseguro. Se cubren hasta 60 días por año calendario. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Cubiertos completamente.
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. Ambulatorios: copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)
Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Lentes ópticos: lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas	Miembros menores de 19 años: 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro Miembros mayores de 19 años: \$300 por 12 meses



Resumen del plan de la PPO de Aetna

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2023


Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del 2010: Los hijos dependientes pueden inscribirse en este plan hasta que cumplan 26 años.

Beneficios	En la red	Fuera de la red
Deducible del plan	Deducible individual: \$1,500 por año calendario Deducible familiar: \$3,000 por año calendario	Deducible individual: \$3,000 por año calendario Deducible familiar: \$6,000 por año calendario
Coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	El plan paga el 50 % y usted paga el 50 %
Límite de gastos por cuenta propia	Servicios médicos: Individual: \$5,250 Familia: \$10,500 Medicamentos con prescripción: Individual: \$1,000 Familia: \$2,000	Servicios médicos: Ninguno Medicamentos con prescripción: Ninguno
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin período de espera para PEC	Igual que en la red
Máximo vitalicio	Sin límite	Igual que en la red
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible. Todas las visitas con su proveedor de atención primaria (PCP) designado tendrán un copago de \$0.	Se aplica copago de \$25 y coaseguro. Se exonera el deducible.
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: se aplica deducible y coaseguro Cirugía ambulatoria: se aplica copago de \$25 y coaseguro. Se exonera el deducible	Servicios hospitalarios: se aplica deducible y coaseguro Cirugía ambulatoria: se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Medicamentos con prescripción (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios)	Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) \$4/\$8/\$25/\$50 Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$0/\$0/\$25	Genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$13/\$30/\$55 Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$13/\$30/\$35
Prescripción pedida por correo	2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días	No cubierta
Acupuntura	20 visitas por año calendario con copago de \$0	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	Igual que el beneficio del proveedor preferido
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: totalmente cubiertos, se exonera el deducible	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. Ambulatorios: se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Aparatos, equipos y suministros <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Aparatos ortopédicos Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses Suministros para ostomía Aparatos protésicos 	Se aplica coaseguro, se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro
Suministros para diabéticos	Consulte: medicamentos con prescripción	Consulte: medicamentos con prescripción
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: se aplica deducible y coaseguro	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: se aplica deducible y coaseguro
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200. Se aplica coaseguro y deducible	Igual que en la red
Exámenes auditivos (rutinarios)	Totalmente cubiertos, se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/hearing	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/hearing
Servicios de atención médica domiciliaria	Totalmente cubiertos, hasta 130 visitas en total por año calendario. Se exonera el deducible	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro.
Servicios paliativos	Totalmente cubiertos, se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro.
Servicios de infertilidad	<p>Se cubren los servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y todos los servicios relacionados, entre ellos, la inseminación artificial, la fertilización in vitro, y la farmacoterapia, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios ambulatorios, con máximo vitalicio de \$50,000.</p> <p>Se cubren los medicamentos para la fertilidad, y están sujetos al deducible y al coaseguro del plan del 20 %, con máximo vitalicio de \$35,000</p>	No cubiertos
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$0	Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de masaje	Copago de \$15 (20 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de maternidad	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: se aplica copago de \$25, se exonera el deducible. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro. Ambulatorios: se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro.

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Salud mental	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: totalmente cubiertos, se exonera el deducible	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. Ambulatorios: se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Naturopatía	Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Copago de \$0	Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre
Cirugía relacionada con la obesidad (bariátrica)	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	No cubierta
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$25, se exonera el deducible	No cubiertos La cobertura no preferida se proporciona en un centro no perteneciente a la OIE.
Cuidado preventivo (exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)	Totalmente cubiertos, se exonera el deducible Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente	Se aplica deducible y coaseguro
Servicios de rehabilitación (las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario)	Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible Se cubren hasta 60 visitas por año	Copago de \$25, no se aplica deducible y coaseguro El límite de visitas es el mismo que en la red
Centro de enfermería especializada	Se aplica deducible y coaseguro Se cubren hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que en la red. Se aplica deducible y coaseguro.
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Vasectomía: la distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza Ligadura de trompas: totalmente cubierta, se exonera el deducible	Vasectomía: la distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza Ligadura de trompas: no cubierta
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	No cubiertos	No cubiertos
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)	Se aplican los costos compartidos correspondientes
Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Lentes ópticos (lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas)	Miembros menores de 19 años: 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro Miembros mayores de 19 años: \$300 por 12 meses	Igual que el del beneficio del proveedor preferido

Sus opciones de planes dentales

Proveedores	Máximo anual	Deducible	Exámenes de rutina	Características especiales
	\$1,000	\$0	Cubierto completamente	Amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales
Willamette Dental Group	Ninguno	\$0	Cubierto completamente	Conveniente para miembros que viven por la ruta I-5

Su plan dental está incluido en su cobertura.

¿Desea cambiar su plan dental? Complete y devuelva la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) antes del 20 de julio del 2023.



Plan de la PPO

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2023

Período de beneficios: 01/01/2024 - 31/12/2024
Máximo por período de beneficios (por persona; no es aplicable a la Clase I): \$1,000

	Dentista de Delta Dental PPO	Dentista de Delta Dental Premier	Dentista no participante
Deducible del período de beneficios			
No es aplicable a la Clase I y a la ortodoncia Fuera de la red: \$50 (por persona)	Ninguno	\$50	\$50
Clase I - Diagnósticos y preventivos			
Exámenes Limpieza Fluoruro Rayos X Selladores	100 %	80 %	80 %
Clase II - Restaurativos			
Restauraciones Empastes de composite posteriores Endodoncia (conducto radicular) Periodoncia Cirugía oral Anestesia general/sedación IV	100 %	60 %	60 %
Clase III - Principales			
Dentaduras postizas Dentaduras postizas parciales Implantes Puentes Coronas	80 %	40 %	40 %

Tenga en cuenta: este es un breve resumen de los beneficios disponibles cuyo objetivo es netamente comparativo, y no se interpretará como un contrato. Una vez esté inscrito en un plan, tendrá acceso a su folleto de beneficios, el cual proporciona más información sobre el plan de Delta Dental PPO. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a nuestro departamento de servicio al cliente, o visite nuestro sitio web DeltaDentalWA.com.

¡Aproveche al máximo sus beneficios!

Cree una cuenta MySmile®

¡Esto le brinda un acceso seguro las 24 horas del día, los 7 días de la semana su documento de identificación, información sobre los beneficios, estimaciones de costos por cuenta propia, y más! Nuestra herramienta “Find your member ID” (Encontrar la identificación del miembro) facilita el registro. Visite DeltaDentalWA.com para crear su cuenta.

Elija un dentista en la red

Su plan le brinda acceso a la red de Delta Dental PPO. Sin embargo, si visita a un dentista de Delta Dental PO se incrementan los beneficios. Visite DeltaDentalWA.com para encontrar a un dentista en su red (aprenda cómo hacerlo en la siguiente página).

Su plan también brinda acceso a la red Delta Dental Premier®, que le ayuda a encontrar a un dentista de la PPO fuera de su área, de ser necesario. Esto significa que puede evitar costos más elevados relativos a servicios fuera de la red (vea el siguiente cuadro).

La cobertura abarca más servicios dentales

Los costos de Clase I no se incluyen en su máximo anual, es decir, que el seguro cubre más gastos de Clase II y III.

	PPO	Premier	Fuera de la red
La red dental de su plan	✓		
Se incrementan los beneficios, lo que significa costos por cuenta propia más bajos	✓		
Formularios para presentar reclamaciones	✓	✓	
Incluye nuestra gestión de calidad y aseguramiento de costos	✓	✓	
Sin aseguramiento de costos, lo que significa costos por cuenta propia más altos			✓

Encuentre a un dentista cerca y en la red:

1. Visite DeltaDentalWA.com
2. Haga clic en “Online Tools” (Herramientas en línea) y use la herramienta “Find a Dentist” (Búsqueda de dentista)
3. Seleccione “Delta Dental PPO” para filtrar sus resultados de búsqueda

Visite a su dentista con regularidad.

Su plan cubre visitas anuales de cuidado preventivo. Las limpiezas y chequeos regulares son fundamentales para mantener una sonrisa saludable y prevenir futuros problemas dolorosos y costosos.

Obtenga estimaciones de costos por cuenta propia.

Conocer los costos les ayudará a usted y a su dentista a planear los tratamientos para maximizar sus beneficios.

MySmile Cost GenieSM le proporciona estimaciones de costos al instante. Es ideal para tratamientos básicos como empastes. Simplemente acceda a su cuenta en MySmile para obtener sus estimaciones personalizadas.

Si necesita un tratamiento más extenso, como una corona, pídale a su dentista una “predeterminación”. Su dentista le enviará una **confirmación del tratamiento y el costo**. Esta brinda información detallada sobre el plan de tratamiento, lo que cubren sus beneficios y cuánto le podría cobrar su dentista por el tratamiento.

¿Tiene preguntas?
Llame a Delta Dental.
1-800-554-1907

de lunes a viernes de 7 a. m.
a 5 p. m., hora del Pacífico

Para los miembros de Delta Dental que visitan como paciente nuevo a un proveedor de Pacific Dental Alliance (PDA): podrán recibir un cepillo de dientes Sonicare gratis.



Visite myseiu.be/oe-pda para obtener la lista completa de proveedores de PDA.

Resumen de beneficios del plan dental

Avalado por Willamette Dental of Washington, Inc. 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124

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. Para consultar una lista de limitaciones y exclusiones, visite myseiu.be/willamette-exclusions.

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	Usted paga \$20 por visita
Servicios diagnósticos y preventivos	
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
Odontología restauradora	
Empastes (de amalgama)	Usted hace un copago de \$35
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$350**
Prostodoncia	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$500**
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$350**
Endodoncia y periodoncia	
Terapia de conducto radicular – Anterior	Usted hace un copago de \$150
Terapia de conducto radicular – Bicúspide	Usted hace un copago de \$250
Terapia de conducto radicular – Molar	Usted hace un copago de \$275
Cirugía ósea (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$250
Alisado radicular (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$115
Cirugía oral	
Extracción de rutina (un solo diente)	Usted hace un copago de \$40
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$175
Tratamiento de ortodoncia	
Tratamiento de preortodoncia	NO CUBIERTOS
Tratamiento de ortodoncia integral	NO CUBIERTOS
Implantes dentales	
Cirugía de implantes dentales	Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario
Otros	
Anestesia local	Cubierta con el copago de visita al consultorio
Tarifas del laboratorio dental	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Óxido nitroso	Usted hace un copago de \$40
Visita a consultorios de especialistas	Usted paga \$30 por visita
Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura	Usted paga montos que excedan los \$250

*Los beneficios para la ATM, cirugía de implantes y cirugía ortognática tienen un máximo de beneficio, si están cubiertos.

**Las prótesis dentales soportadas por implantes (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto.

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