



Plan TWU Local 100 Premier Dental



Para obtener las listas más actualizadas de los dentistas participantes, inicie sesión en su portal para miembros en my.emblemhealth.com y seleccione "Find Care" (Buscar atención). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al número que figura en su tarjeta de identificación para hablar con nosotros.

Plan TWU Local 100 Premier Dental

Este plan dental le brinda cobertura de calidad con acceso a más de 13,500* dentistas y especialistas en Nueva York y Nueva Jersey. Puede elegir un dentista o especialista de la red para recibir los servicios cubiertos por su plan. No es necesario que elija un dentista de atención primaria específico.

Cobertura de dependientes: Con este plan dental, puede cubrir a sus hijos hasta el final del mes en que cumplen 26 años. Pueden tener cobertura para servicios de ortodoncia siempre y cuando comiencen el tratamiento antes del final del mes en que cumplen 26 años.

Predeterminación de beneficios: EmblemHealth puede informarle qué los servicios y materiales dentales se pagarán antes de que comience el tratamiento. Puede pedirle a su dentista que envíe un plan de tratamiento a EmblemHealth antes de someterse a cirugía bucal, prótesis o aparatos. EmblemHealth revisará el plan de tratamiento, y les dará a usted y a su dentista una estimación de lo que cubrirá.

Tenga en cuenta: No se requiere la predeterminación de beneficios, pero se recomienda enfáticamente.

Los siguientes son algunos ejemplos de servicios que no están cubiertos:

- Cirugía y tratamiento estético, a menos que se trate de una cirugía reconstructiva causada por un traumatismo, una infección o una enfermedad de la parte afectada.
- Medicamentos con receta.
- Servicios y aparatos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ).
- Trasplantes.

Máximo anual: \$2,000 por individuo/\$4,000 por familia cuando visita a un dentista dentro o fuera de nuestra red. Este es el importe máximo en dólares que su plan dental pagará por el costo de la atención dental durante su año del plan. Usted es personalmente responsable de pagar los costos que superen el máximo anual. La ortodoncia no está sujeta al máximo anual.

Máximo de por vida para ortodoncia: Máximo de por vida para ortodoncia: \$4,000 dentro de la red; \$2,000 fuera de la red. Este es el importe máximo en dólares que su plan dental pagará por el costo de la atención dental de ortodoncia por persona de por vida. Usted es personalmente responsable de pagar los costos que superen el máximo de por vida. Los beneficios de ortodoncia están disponibles solo para los hijos cubiertos menores de 26 años.

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo A: Servicios diagnósticos y preventivos		
Nivel básico de cobertura	EmblemHealth pagará el 100 % del Programa de asignaciones de Preferred Premier por los servicios cubiertos cuando consulte con un dentista o especialista de Preferred Premier.	EmblemHealth pagará el 100 % del Programa de tarifas de Spectrum por los servicios cubiertos. Este es el importe en dólares que su plan ha acordado pagar por los servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar la diferencia entre lo que EmblemHealth paga y lo que el dentista cobra.
Exámenes: 2 exámenes periódicos por persona en el plan por año calendario. 1 examen integral por dentista, de por vida.	Cubierto No tiene que pagar por estos servicios cubiertos.	Es posible que tenga que pagar parte de su factura. Consulte más arriba para obtener detalles.
Profilaxis (limpiezas): 2 por persona en el plan por año calendario.		
Radiografías: 4 radiografías de aleta de mordida por persona en el plan por año calendario. <ul style="list-style-type: none"> • 1 serie de radiografías de boca completa o 1 película panorámica por persona en el plan una vez cada 3 años. Si se excede el límite del beneficio y se necesita una película preoperatoria médicamente necesaria para diagnosticar una enfermedad dental o lesión: <ul style="list-style-type: none"> • 1 película panorámica adicional cada 3 años si la realiza un cirujano bucal. • 1 película de aleta de mordida adicional de los dientes posteriores o 1 película periapical adicional por año calendario si la realiza un especialista. Usted es responsable de pagar todas las películas adicionales que superen el beneficio original y suplementario.		

NOTA: Esta no es una comparación completa de beneficios ni un contrato y solo debe considerarse como un breve resumen para ayudarle a comprender este programa de beneficios de EmblemHealth. En el Certificado de seguro se incluye una descripción detallada de los beneficios, incluidas limitaciones y exclusiones. Los términos, las condiciones, los límites y las exclusiones que se muestran en el Certificado de seguro regirán.

*A septiembre de 2024

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo A: Servicios diagnósticos y preventivos (Continuación)		
Tratamientos con fluoruro: 1 por persona en el plan por año calendario. Para los hijos, este beneficio se aplica hasta el final del mes en que cumplen 26 años.	Cubierto No tiene que pagar por estos servicios cubiertos.	Es posible que tenga que pagar parte de su factura. Consulte más arriba para obtener detalles.
Mantenedores de espacio: 1 por cada hijo en el plan de por vida. Se proporciona cobertura hasta el final del mes en que el hijo cumple 26 años.		
Protectores bucales atléticos y oclusales: un (1) protector bucal de por vida por hijo cubierto hasta el final del mes en que cumple 26 años de edad. Los protectores oclusales podrían estar cubiertos para el miembro y los dependientes elegibles requieren autorización previa.		
Selladores: un (1) sellador por diente cubierto cada tres (3) años calendario por hijo cubierto de 6 años hasta cumplir los 14 años.		
Tipo B: Servicios básicos		
Nivel básico de cobertura	EmblemHealth pagará el 100 % del Programa de asignaciones de Preferred Premier por los servicios cubiertos cuando consulte con un dentista o especialista de Preferred Premier.	EmblemHealth pagará el 100 % del Programa de tarifas de Spectrum por los servicios cubiertos. Este es el importe en dólares que su plan ha acordado pagar por los servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar la diferencia entre lo que EmblemHealth paga y lo que el dentista cobra.
Extracciones simples	Cubierto No tiene que pagar por estos servicios cubiertos.	Es posible que tenga que pagar parte de su factura. Consulte más arriba para obtener detalles.
Restauraciones básicas (empastes)		
Endodoncia (tratamiento de conducto) <ul style="list-style-type: none">• Pulpotomía cubierta una vez por diente, de por vida. Recubrimiento de pulpa cubierto como parte del tratamiento de conducto.		
Periodoncia (tratamiento de enfermedades de las encías y la mandíbula) <ul style="list-style-type: none">• 5 tratamientos periodontales por persona en el plan por año calendario, incluidos tres (3) procedimientos de mantenimiento periodontal, con un tratamiento adicional si es médicamente necesario.• 1 tipo de cirugía periodontal o 1 injerto por cuadrante.		
Cirugía oral (extracción quirúrgica de diente erupcionado) <ul style="list-style-type: none">• Su plan pagará las radiografías tomadas para cirugía, anestesia local y atención posoperatoria.• Su plan pagará la cirugía de mandíbulas fracturadas, impactaciones, lesiones en la boca y alrededor de esta, y reimplantaciones.• Algunos tipos de cirugía bucal podrían estar cubiertos por su plan médico, no por este plan dental.		
Anestesia y sedación i.v.: su plan pagará la anestesia general y la sedación i.v. de los servicios cubiertos. Los cargos por anestesia local se incluyen en la asignación del procedimiento dental. No hay una asignación separada para anestesia local. Su plan no pagará la analgesia ni los dispositivos de monitoreo.		
Servicios paliativos (alivio del dolor) <ul style="list-style-type: none">• Servicios de emergencia cubiertos		

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo B: Servicios básicos (continuación)		
Reparación de aparatos <ul style="list-style-type: none"> Reemplazo de dientes o ganchos rotos, recementación de incrustaciones, coronas, puentes y mantenedores de espacio. Reemplazo de revestimientos rotos. 	<p align="center">Cubierto</p> <p align="center">No tiene que pagar por estos servicios cubiertos.</p>	<p>Es posible que tenga que pagar parte de su factura. Consulte más arriba para obtener detalles.</p>
Pruebas y exámenes de laboratorio: biopsia y examen de tejido bucal.		
Tipo C: Servicios complejos		
Nivel básico de cobertura	EmblemHealth pagará el 100 % del Programa de asignaciones de Preferred Premier por los servicios cubiertos cuando consulte con un dentista o especialista de Preferred Premier.	EmblemHealth pagará el 100 % del Programa de tarifas de Spectrum por los servicios cubiertos. Este es el importe en dólares que su plan ha acordado pagar por los servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar la diferencia entre lo que EmblemHealth paga y lo que el dentista cobra.
Implantes: un (1) implante quirúrgico por año.	<p align="center">Cubierto</p> <p align="center">No tiene que pagar por estos servicios cubiertos.</p>	<p>Es posible que tenga que pagar parte de su factura. Consulte más arriba para obtener detalles.</p>
Prótesis fijas y extraíbles: reparación de dentaduras postizas temporales y permanentes, dentaduras postizas parciales fijas y extraíbles, completas o parciales. Restauración compleja: incluye coronas, procedimientos de perno y muñón relacionados e incrustaciones. <ul style="list-style-type: none"> Su plan pagará el reemplazo o la sustitución de aparatos solo después de que hayan transcurrido 5 años desde que se insertó el aparato. Su plan pagará coronas o pónicos para fines de fijación o cierre solo si el diente no puede restaurarse mediante empastes. Cuando se inserta un puente fijo y una dentadura postiza parcial en el mismo arco, su plan solo pagará la dentadura postiza parcial, a menos que hayan pasado 5 años desde la inserción anterior del puente fijo o la dentadura postiza parcial. Sin asignación por separado para el servicio o aparato temporal. Su plan pagará los pernos solo si hay evidencia de conducto radicular en el diente. Los cargos por cementación de corona/incrustación se incluyen en la asignación para la corona/incrustación. 		
Tipo D: Ortodoncia		
Nivel de cobertura básico de ortodoncia Hasta veinticuatro (24) meses de tratamiento cubierto, hasta la asignación máxima de beneficios de por vida, incluidos un (1) retenedor superior y un (1) retenedor inferior después del tratamiento de ortodoncia.	<p align="center">Cubierto</p> <p align="center">No tiene que pagar por estos servicios cubiertos.</p>	<p>Cubierto hasta el beneficio máximo de por vida de \$2,000 para servicios cubiertos.</p> <p>Usted es responsable de pagar la diferencia entre lo que EmblemHealth paga y lo que el dentista cobra.</p>

Consulte los formularios de póliza PLD-1104-C y PLD-1103-C.

Subscrito por EmblemHealth Plan, Inc., consulte el formulario de póliza EHPI-PLD-1103 y otros.

Group Health Incorporated (GHI), HIP Health Plan of New York (HIP), HIP Insurance Company of New York y EmblemHealth Services Company, LLC son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.