

# Resumen odontológico

## Advantage Premier 2000 Dental

Red Delta Dental Premier®



	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible común por año calendario (por persona)		\$25
Deducible común por año calendario (por familia)		\$75
Beneficio máximo por año calendario (por persona)		\$2,000

### Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbese e inicie sesión en [myProvidence.com](http://myProvidence.com).

- Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan juntos para cumplir con el deducible por año calendario y el beneficio máximo.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores dentro de la red Delta Dental Premier. Vea una lista de proveedores de la red en [ProvidenceHealthPlan.com/FindADentist](http://ProvidenceHealthPlan.com/FindADentist)
- Si decide salir de la red, quizás quede sujeto a la facturación por costos que superan el monto concedido máximo del plan (*Maximum Plan Allowance, MPA*). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos cargos del MPA.
- Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte los detalles en su manual de servicios odontológicos.
- Para comunicarse con el Servicio de atención al cliente por temas de atención dental, lo que incluye reclamos de servicios odontológicos y predeterminación de beneficios, llame al 833-212-5035.

Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos

✓ El deducible no se aplica	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>		
Exámenes de rutina (1 cada 6 meses, incluida una evaluación integral)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Radiografías de mordida (1 serie cada 12 meses)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Radiografía de boca completa o panorámica (1 cada 5 años)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Limpiezas (1 cada 6 meses)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Fluoruro tópico (1 cada 6 meses hasta los 19 años; 1 cada 6 meses para mayores de 19 años si se realizó una cirugía periodontal recientemente o si hay riesgo de caries)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Selladores (1 por diente en un período de 5 años; limitado a las superficies oclusales de los molares permanentes)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Mantenedores de espacio (1 por espacio)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
<b>Servicios básicos</b>		
Empastes restauradores	20 %	20 %
Cirugía bucal (extracciones y otros procedimientos quirúrgicos menores)	20 %	20 %
Endodoncia y periodoncia	20 %	20 %
Coronas de acero inoxidable (1 por diente por una única vez para los dientes de leche; 1 por diente cada 24 meses para los dientes permanentes)	20 %	20 %
<b>Servicios mayores</b>		
Coronas de porcelana y oro (1 por diente en un período de 7 años)	50 %	50 %
Restauraciones con molde dental (1 por diente en un período de 7 años)	50 %	50 %
Prótesis dentales y puentes (elaboración o reparación de puentes fijos, prótesis parciales y prótesis dentales completas; limitado a una vez en un período de 7 años; no cubierto para menores de 16 años)	50 %	50 %

# Resumen odontológico

Red Delta Dental Premier®

✓ El deducible no se aplica	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios mayores</b>		
Implantes (1 por única vez por espacio de diente)	50 %	50 %
Protectores bucales deportivos (1 cada 12 meses para menores de 16 años y 1 cada 24 meses para los mayores de 16 años)	50 %	50 %
Guarda oclusal (férula de relajación), cubierta hasta \$200 cada 5 años	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓

**Los siguientes servicios están excluidos.** Consulte la explicación completa de las limitaciones y exclusiones en su manual para miembros.

- Anestésicos, analgésicos, hipnosis y la mayoría de los medicamentos, incluido el óxido nitroso
- Cargos que superan el monto concedido máximo del plan
- Registros (incluido el periodontal y gnatológico)
- Malformaciones congénitas o del desarrollo
- Servicios cosméticos
- Duplicación e interpretación de radiografías o registros
- Tratamiento experimental o de investigación
- Costos del hospital u otras tarifas para recibir atención en un centro o en el hogar
- Instrucciones o capacitación (lo que incluye indicaciones para el control de la placa dental y la higiene bucal o para la dieta)
- Medicamentos
- Ortodoncia
- Protectores bucales y nocturnos de venta libre para deportistas
- Reconstrucción o mantenimiento de las superficies de masticación (desalineación o maloclusión) o estabilización de los dientes
- Autotratamiento
- Servicios o suministros disponibles de acuerdo con cualquier ley municipal, del condado, estatal o federal, excepto Medicaid
- Los servicios de traducción o de lengua de señas no están cubiertos como gastos aparte
- Síndrome de la articulación temporomandibular
- Tratamiento antes de que comience la cobertura o después de que termine
- Tratamiento no necesario desde el punto de vista dental

## Explicación de términos y frases

**Coseguro** - El porcentaje del costo que quizá deba pagar por los servicios cubiertos.

**Deducible común** - El monto en dólares que paga un individuo o familia por servicios cubiertos dentro y fuera de la red antes de que su plan pague cualquier beneficio dentro de un año calendario. Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan juntos para cumplir con el deducible por año calendario. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de un individuo o familia: servicios no cubiertos por el plan, tarifas que superen los cargos [del monto concedido máximo del plan (MPA)] conforme a lo dispuesto por el plan; los copagos y el coseguro por los servicios que no se aplican al deducible.

**Dentro de la red** - Se refiere a los servicios recibidos de una amplia red de odontólogos y proveedores altamente calificados con contrato con el Plan. Por lo general, sus costos de bolsillo serán menores cuando recibe servicios cubiertos de parte de proveedores de la red.

**Limitaciones y exclusiones** - Todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones especificadas por su plan. Consulte su Manual para miembros o su contrato para ver una lista completa.

**Beneficio máximo del año calendario** – Monto total en dólares de beneficios que puede recibir por año calendario.

**Monto concedido máximo del plan (MPA)** - El monto máximo que el plan les reembolsa a los proveedores. El MPA se basa en un plan de tarifas de PPO o en una tarifa acordada. Cuando use un odontólogo fuera de la red que no tenga tarifas acordadas con los proveedores de nuestra red odontológica, el plan reembolsará al proveedor teniendo en cuenta el MPA, y los montos superiores al MPA serán su responsabilidad.

**Fuera de la red** - Se refiere a los servicios que recibe de los odontólogos que no tienen un contrato con la red Delta Dental Premier. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red de su plan. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](http://ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider).

**Predeterminación disponible. de beneficios** - Para los planes de tratamiento costosos, hay un servicio de predeterminación disponible. El odontólogo puede presentar una solicitud de predeterminación para obtener un costo estimado de lo que el plan pagaría. La predeterminación se procesará según la póliza actual del miembro y se le volverá a enviar al odontólogo. Usted y su odontólogo deben revisar la información antes de empezar el tratamiento.

## Comuníquese con nosotros

Servicio de atención al cliente por temas de atención dental: 833-212-5035  
TTY: 711

[ProvidenceHealthPlan.com/contactus](http://ProvidenceHealthPlan.com/contactus)

## Declaración de no discriminación

El Plan de salud de Providence (*Providence Health Plan*) y el Seguro de salud de Providence (*Providence Health Assurance*) cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo. El Plan de salud de Providence (*Providence Health Plan*) y el Seguro de salud de Providence (*Providence Health Assurance*) no excluyen a las personas ni las tratan diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o género.

El Plan de salud de Providence (*Providence Health Plan*) y el Seguro de salud de Providence (*Providence Health Assurance*):

- Proporcionan ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades a fin de que se puedan comunicar bien con nosotros, como, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lengua de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios de idiomas gratis a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede llamarnos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Si considera que el Plan de salud de Providence (*Providence Health Plan*) y el Seguro de salud de Providence (*Providence Health Assurance*) no le brindaron estos servicios o que sufrió discriminación de cualquier otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo, puede presentar una queja por correo ante nuestro coordinador contra la discriminación:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance  
Attn: Non-discrimination Coordinator  
PO Box 4158  
Portland, OR 97208-4158  
Correo electrónico: [PHPAppealsandGrievances@providence.org](mailto:PHPAppealsandGrievances@providence.org)

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llámenos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW - Room 509F HHH Building Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Los miembros de los planes de Oregon pueden presentar una queja ante la División de Regulación Financiera llamando al 1-888-877-4894 o visitando <https://dfr.oregon.gov/Pages/index.aspx>.

**Language Access Information**

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, то Вам доступны услуги бесплатной языковой поддержки. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Traditional Chinese:** 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言支援服務。請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711)。

**Kushite:** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Farsi:**

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان به شما ارائه می شود. با 1-800-878-4445 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо Ви розмовляєте українською мовою, для Вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Japanese:** お知らせ: 日本語での通話をご希望の場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-878-4445 (TTY: 711)まで、お電話ください。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-878-4445 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Nepali:** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंले निम्न भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन् । 1-800-878-4445 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् ।

**Romanian:** ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunați 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txhais lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Cambodian:** កំណត់សម្គាល់: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចមានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីលោកអ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

**Laotian:** ເລືອນຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ຈຳນວນສາ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-878-4445 (TTY: 711).