

## Essential Premier Dental

Red Delta Dental Premier®

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible común por año calendario (por persona)		\$50
Deducible común por año calendario (por familia)		\$150
Beneficio máximo por año calendario (por persona)		\$1,000

### Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscribese 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 (2 por cada año calendario, 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 (2 por cada año calendario)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Fluoruro tópico (2 por cada año calendario hasta los 19 años; 1 por cada año calendario 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 sin restaurar de los molares permanentes)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Mantenedores de espacio (1 por cuadrante)	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 %
<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. Si va a un proveedor dental fuera de la red que tiene tarifas contratadas con nuestra red de proveedores dentales, no se le facturará el saldo por los cargos superiores al monto concedido máximo del plan (*Maximum Plan Allowance*, MPA). Cuando use un proveedor dental fuera de la red que no tenga tarifas contratadas con nuestra red de proveedores dentales, el plan reembolsará al proveedor según el MPA y los montos superiores al MPA serán su responsabilidad.

**Fuera de la red** - Se refiere a los servicios que recibe de proveedores que no están en la red de su plan. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red de su plan. Un proveedor fuera de la red no tiene tarifas acordadas con Providence Health Plan, por lo que se puede aplicar la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](http://ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider).

**Predeterminación 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

La discriminación es contra la ley. El Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan, PHP*) no discrimina ni trata a las personas de modo injusto por motivos de:

- Edad
- Color
- Discapacidad
- Origen nacional
- Identidad de género
- Dominio del idioma
- Raza
- Orientación sexual
- Religión
- Sexo
- Embarazo

### **Usted tiene los siguientes derechos:**

- Recibir ayuda gratuita de un intérprete de idiomas calificado.
- Recibir información escrita en el idioma que usted habla.
- Recibir información de un modo comprensible, que incluye:
  - ayuda gratuita de un intérprete de lengua de señas calificado,
  - información escrita en letra grande, en audio, braille u otros formatos, u
  - otras modificaciones razonables.

### **Comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles de PHP si usted:**

- Necesita modificaciones razonables, dispositivos y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idiomas,
- Considera que PHP no ha proporcionado los servicios y lo ha discriminado, o
- Desea presentar una queja formal.

### **Comuníquese con nuestro coordinador de Derechos Civiles de uno de los siguientes modos:**

#### 1) **Puede llamarnos al:**

**Teléfono gratuito: 1-800-878-4445                      Oregon: 1-503-574-7500**

Los miembros con discapacidades auditivas pueden llamar a nuestra línea de TTY a través del 711.

#### 2) **Puede comunicarse con nosotros por correo postal o electrónico.**

Providence Health Plan

Attn: Civil Rights Coordinator

PO Box 4158, Portland, OR 97208-4158

Correo electrónico: [PHPAppealsandGrievances@providence.org](mailto:PHPAppealsandGrievances@providence.org)

#### 3) **También tiene derecho a presentar una queja ante la:**

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
(*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*)

Portal web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsfWA>

Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY: 711)

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services 200

Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

División de Regulación Financiera de Oregon (*Oregon Division of Financial Regulation*)

Sitio web: <https://dfr.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Correo electrónico: [DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov](mailto:DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov)

Teléfono: 1-888-877-4894

**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 नि:शुल्क 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 Sprachassistenzen 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:** ເຂົ້າໃຈ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-878-4445 (TTY: 711).