Resumen odontológico

Odontología acceso esencial

PROVIDENCE Health Plan

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

Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbase e inicie sesión en myProvidence.com.

- Los servicios de diagnóstico y prevención no se aplican en el beneficio máximo por año calendario.
- Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan juntos para cumplir con el deducible por año calendario.
- Vea una lista de proveedores dentro de la red en ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores de la red.
- Si opta por salir de la red, quizás quede sujeto a la facturación por costos que sean más elevados que los costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos UCR.
- Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte los detalles en su manual de servicios odontológicos.
- Para los siguientes servicios se requiere la predeterminación de beneficios: Servicios básicos y mayores, excepto empastes restauradores.
- Por Servicio de atención al cliente, incluyendo reclamos de servicios odontológicos y predeterminación de beneficios, llame al 800-878-4445.

✓ **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
Servicios de diagnóstico y prevención		
Exámenes de rutina (2 por año calendario, incluido un máximo de 1 evaluación completa cada 3 años)	Totalmente cubierto ✓	10 % ✓
Radiografías de mordida (2 por año calendario)	Totalmente cubierto ✓	10 % ✓
Limpiezas (2 por año calendario)	Totalmente cubierto ✓	10 % ✓
Una radiografía de boca completa o panorámica (cada 5 años)	Totalmente cubierto ✓	10 % ✓
Un fluoruro tópico por año calendario, hasta los 16 años	Totalmente cubierto ✓	10 % ✓
Un sellador por diente de por vida, hasta los 16 años (limitado a 1.er y 2.° molar permanente)	Totalmente cubierto ✓	10 % ✓
Mantenedores de espacio para preservar el espacio entre los dientes por pérdida prematura de un diente primario (no incluye el uso de tratamiento de ortodoncia)	Totalmente cubierto ✓	10 % ✓
Servicios básicos (para todos los miembros)		
Empastes restauradores, 1 por diente, por superficie cada 2 años	20 %	30 %
Extracciones por cirugía bucal y otros procedimientos quirúrgicos menores	20 %	30 %
Endodoncia y periodoncia	20 %	30 %
Servicios mayores		
Coronas	50 %	50 %
Restauraciones con molde dental	50 %	50 %
Prótesis dentales y puentes (elaboración o reparación de puentes fijos, prótesis parciales y prótesis dentales completas)	50 %	50 %
Ortodoncia	No cubierto	No cubierto

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

1. Servicios cubiertos por la compensación a los trabajadores o las leyes de responsabilidad del empleador.
2. Servicios que no son necesarios para la salud odontológica del paciente.
3. Todos los servicios de ortodoncia Clase IV.
4. Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
5. Cirugía oral que requiere la reparación de fracturas y luxaciones.
6. Servicios relacionados con tumores malignos, quistes o neoplasias, enfermedades hereditarias, enfermedades congénitas, prognatismo mandibular o malformaciones del desarrollo, cuando dichos servicios no se deben realizar en un consultorio odontológico.
7. Entrega de medicamentos.
8. Hospitalización para los procedimientos odontológicos.
9. Extracción de implantes o reemplazo de prótesis dentales, puentes, incrustaciones, recubrimientos o coronas que se pueden reparar o cuya función normal se puede restablecer.
10. Diagnóstico o tratamiento de trastorno temporomandibular (TMD) y/o disarmonía oclusal.
11. Cirugía electiva, lo que incluye, entre otras, la extracción de dientes afectados no patológicos y asintomáticos.
12. Servicios no incluidos como cubiertos.
13. Implantes y servicios relacionados
14. Reemplazo de prótesis perdidas, robadas o dañadas o aparatos de ortodoncia.
15. Protectores bucales deportivos; accesorios de precisión o semiprecisión; duplicación de prótesis.
16. Ferulización periodontal de dientes.
17. Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar la estructura del diente que se perdió por atrición y corrección de malformaciones del desarrollo y/o afecciones congénitas.
18. Procedimientos que en opinión del plan son experimentales o de investigación debido a que no cumplen con los estándares de prácticas odontológicas reconocidos profesionalmente y/o que no se ha demostrado que son sistemáticamente eficaces para el diagnóstico.
19. Tratamiento de paladar hendido, malformaciones o neoplasias.
20. Todo servicio o suministro proporcionado para reemplazar un diente perdido antes de la fecha de vigencia de la cobertura. Esta exclusión vence después de 36 meses de la cobertura continua del miembro en virtud del plan.

Explicación de términos y frases

Coseguro - El porcentaje del costo que quizá deba pagar por un servicio cubierto.

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 costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés) 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.

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.

Predeterminación de beneficios – solicitud suya o de parte de su odontólogo a nosotros o a nuestro agente que autoriza por un curso de tratamiento propuesto. La revisión de la predeterminación establecerá si el servicio propuesto es elegible como servicio cubierto o si un individuo es Miembro al momento del servicio propuesto.

Usuales, habituales y razonables (UCR) - Describe los cargos que su plan permite pagar por servicios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Cuando el costo de los servicios fuera de la red supera los montos UCR, usted es responsable de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estos montos no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo. Consulte su Manual para miembros.

Período de espera – Período durante el cual se excluyen de la cobertura todos los tratamientos o servicios especificados.

Comuníquese con nosotros

Área metropolitana de Portland: 503-574-7500
Todas las demás áreas: 800-878-4445
TTY:711

ProvidenceHealthPlan.com/contactus

Providence Health Plan y Providence Health Assurance cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles, por lo que no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

Servicios de acceso a idiomas

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

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).