

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario (por persona)		No corresponde
Deducible por año calendario (por familia)		No corresponde
Beneficio máximo por año calendario (por persona)		No corresponde
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, inscríbese e inicie sesión en [myProvidenc.com](http://myProvidenc.com).

- Este plan proporciona únicamente servicios de prevención.
- Vea una lista de proveedores dentro de la red en [ProvidencHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidencHealthPlan.com/findaprovider).
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores de la red.
- Si decide salir de la red, quizás quede sujeto a la facturación por costos que superan el costo máximo permitido (MAC, por su sigla en inglés). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos MAC.
- Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte los detalles en su manual de servicios odontológicos.
- Para Servicio de atención al cliente, incluyendo reclamos de servicios odontológicos y predeterminación de beneficios, llame al 800-878-4445.

✓ <b>El deducible no se aplica</b>	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 de diagnóstico y prevención</b>		
Exámenes de rutina (2 por año calendario, incluido un máximo de 1 evaluación completa cada 3 años)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto*
Radiografías de mordida (2 por año calendario)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto*
Limpiezas (2 por año calendario)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto*
Una radiografía de boca completa o panorámica (cada 5 años)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto*
Un fluoruro tópico por año calendario, hasta 16 años	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto*
Un sellador por diente de por vida, hasta 16 años (limitado a 1.º y 2.º molar permanente)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto*
Mantenedores de espacio para preservar el espacio entre los dientes por pérdida prematura de un diente primario (no incluye el uso para tratamiento de ortodoncia)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto*

\*Los servicios fuera de la red pueden estar sujetos a cargos que superan el MAC

## SERVICIOS PREVENTIVOS DE CLASE I

Este Plan proporciona cobertura para los servicios preventivos que se indican a continuación.

Cuando esos servicios se reciben por parte de odontólogos de la red, están totalmente cubiertos. Si tiene una cobertura total por estos servicios con otro plan médico u odontológico de Providence Health Plan, este Plan no duplicará la cobertura. Si recibe estos servicios de odontólogos fuera de la red, la cobertura se proporciona como se indica en su resumen de beneficios.

No cubierto

No cubierto\*

- Dos evaluaciones en total por año calendario, incluyendo un máximo de 1 evaluación integral cada 3 años y 2 evaluaciones bucales limitadas por año calendario.
- Dos profilaxis (limpieza, eliminación del sarro y pulido de dientes) por año calendario.
- Radiografías de mordida, 2 por año calendario.
- Radiografías periapicales.
- Una radiografía de boca completa o panorámica cada 5 años.
- Un fluoruro tópico por año calendario, hasta los 16 años.
- Un sellador por diente de por vida, hasta los 16 años (limitado al 1.º y 2.º molar permanente).
- Una aplicación de medicamento provisional para caries por diente principal está cubierta de por vida.
- Mantenedores de espacio para preservar el espacio entre los dientes por pérdida prematura de un diente primario (no incluye el uso para tratamiento de ortodoncia).
- Tratamiento paliativo de emergencia (únicamente si solo se realizaron el examen y la radiografía en la misma fecha del servicio).

## SERVICIOS BÁSICOS DE CLASE II: NO CUBIERTOS

### PRINCIPALES SERVICIOS RESTAURADORES DE CLASE III: NO CUBIERTOS

### ORTODONCIA DE CLASE IV: NO CUBIERTA

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

1. Atención preventiva adicional (de rutina) distinta a la que se indica anteriormente.
2. Servicios dentales básicos y mayores, como radiografías de diagnóstico que no sean de rutina, laboratorio y exámenes, empastes, coronas, prótesis dental, instrucción de higiene bucal, asesoramiento nutricional y de tabaco, estudios y evaluaciones previos al diagnóstico, endodoncia, periodoncia, cirugía bucal, implantes, puentes y atención para la ortodoncia.
3. Servicios cubiertos por la compensación a los trabajadores o las leyes de responsabilidad del empleador.
4. Servicios que no son necesarios para la salud odontológica del paciente.
5. Todos los servicios de ortodoncia Clase IV.
6. Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
7. Cirugía oral que requiere la reparación de fracturas y luxaciones.
8. 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.
9. Entrega de medicamentos.
10. Hospitalización para los procedimientos odontológicos.
11. Extracción de implantes o reemplazo de prótesis dentales, puentes, incrustaciones, recubrimientos o coronas que se pueden reparar o cuya función normal se puede restablecer.
12. Diagnóstico o tratamiento de trastorno temporomandibular (TMD) y/o disarmonía oclusal.
13. Cirugía electiva, lo que incluye, entre otras, la extracción de dientes afectados no patológicos y asintomáticos.
14. Servicios no incluidos como cubiertos.
15. Implantes y servicios relacionados.
16. Reemplazo de prótesis perdidas, robadas o dañadas o aparatos de ortodoncia.
17. Protectores bucales deportivos; accesorios de precisión o semiprecisión; duplicación de prótesis.
18. Ferulización periodontal de dientes.
19. 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.
20. 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.
21. Tratamiento de paladar hendido, malformaciones o neoplasias.
22. 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 cargos del costo máximo permitido (MAC, 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.

**Costo máximo permitido (MAC)** - Una limitación para los cargos facturados, según lo determinado por Providence Health Plan o sus agentes que autorizan según el área geográfica donde se realizó el gasto y no puede ser menor a la tarifa negociada para el mismo servicio cuando es suministrado por un proveedor odontológico de la red. Los costos MAC no incluyen impuestos de venta, gastos administrativos ni recargos similares, y dichos impuestos, tarifas y recargos no son gastos cubiertos.

**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](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider).

**Predeterminación de beneficios** – Solicitud suya o de parte de su odontólogo a nosotros o a nuestro agente que autoriza sobre 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.

**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](http://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 motivos 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).