



# Planes Dentales 2024

---

Planes Individuales y Familiares para Idaho

---

# Planes dentales para una salud integral



Usted decide si desea combinar un plan dental con su plan de salud o seleccionar sólo el plan dental.

---

## Elija un plan de nuestra red Dental PPO

Con un plan Dental PPO, usted tendrá acceso a una amplia red de más de 3,275 proveedores dentales en más de 2,225 localidades de Idaho, Oregon y Washington. Es importante que usted consulte a los dentistas de la red Dental PPO. Esto maximiza sus beneficios y minimiza lo que usted tiene que pagar. Encuentre dentistas dentro de la red en [PacificSource.com](https://www.pacificsource.com).

## Términos que usted debe conocer al contratar un plan dental

**Red:** Un grupo de proveedores dentales que usted selecciona para que el plan pague los gastos al nivel de beneficios dentro de la red.

**Beneficio anual máximo:** El monto máximo que nuestro plan pagará en un año calendario por los adultos de 19 años de edad o mayores.

**Deducible anual:** La cantidad que usted tendrá que pagar en un año calendario antes de que el plan pague los servicios dentales cubiertos que no sean preventivos.

**Máximo a pagar del bolsillo propio por la cobertura pediátrica:** El monto máximo que usted pagará en un año calendario por los niños inscritos de hasta 18 años de edad.

**Periodo de exclusión para adultos:** El tiempo que los miembros de 19 años de edad o mayores deben esperar antes de recibir algunos servicios dentales. Es posible que no apliquen los periodos de exclusión en base a una cobertura anterior.

## ¿Qué está cubierto?

Los planes están disponibles en todo el estado a través de Your Health Idaho y directamente con PacificSource. La siguiente es una breve lista de los servicios y tratamientos por los que más se pregunta.

Visite [PacificSource.com](https://www.pacificsource.com) para conocer todos los detalles.

### Clase I: Servicios Preventivos

- Exámenes y radiografías
- Limpieza dental (profilaxis o mantenimiento periodontal)
- Aplicación de fluoruro
- Sellador en los bicúspides y en los molares permanentes (sólo para niños hasta los 18 años de edad)
- Biopsias por cepillado

### Clase II: Servicios Básicos

- Extracciones simples
- Raspado periodontal y alisado radicular y/o curetaje
- Desbridamiento de la boca completa
- Empastes, incluyendo compuestos

### Clase III: Servicios Mayores

- Cirugía bucal complicada
- Endodoncia (terapia pulpar y terapia de conducto radicular)
- Cirugía periodontal
- Dentaduras completas, inmediatas o sobredentaduras
- Coronas y puentes
- Ortodoncia para niños (sólo médicamente necesaria; todos los planes; niños hasta los 18 años de edad)

## Planes dentales y opciones de tarifas

Los planes están disponibles en todo el estado a través de Your Health Idaho y directamente con PacificSource. Las tarifas se basan en la edad de cada miembro de la familia en la fecha de entrada en vigor del plan. Se cobrará una prima por usted y por los siguientes miembros de su familia: su cónyuge o pareja doméstica calificada, sus hijos adultos mayores de 21 años de edad y hasta tres hijos menores de 21 años de edad.

**UTILICE ESTA  
TABLA PARA ESTIMAR  
LA PRIMA DE SU  
FAMILIA**

Dental PPO 0-20-50 1000		Dental PPO 0-20-50 1500		Kids Dental PPO 0-20-50 (miembros de 18 años de edad y menores)	
EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA
0 a 18	\$37	0 a 18	\$37	0 a 18	\$35
19 a 20	\$36	19 a 20	\$40	19 a 20	-
21 a 24	\$36	21 a 24	\$40	21 a 24	-
25 a 29	\$38	25 a 29	\$42	25 a 29	-
30 a 34	\$41	30 a 34	\$46	30 a 34	-
35 a 39	\$44	35 a 39	\$50	35 a 39	-
40 a 44	\$49	40 a 44	\$55	40 a 44	-
45 a 49	\$52	45 a 49	\$59	45 a 49	-
50 a 54	\$54	50 a 54	\$61	50 a 54	-
55 a 59	\$56	55 a 59	\$63	55 a 59	-
60 a 64	\$58	60 a 64	\$65	60 a 64	-
65+	\$58	65+	\$65	65+	-

**UTILICE ESTA  
TABLA PARA  
COMPARAR  
NUESTROS PLANES  
DENTALES**

	Dental PPO 0-20-50 1000		Dental PPO 0-20-50 1500		Kids Dental PPO 0-20-50 (cobertura para miembros de 18 años de edad y menores)	
	Dental PPO		Dental PPO		Dental PPO	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible Anual</b> Individual / Familiar	N/A	\$50 / \$150	N/A	\$50 / \$150	N/A	\$50 / \$150
<b>Beneficio Anual Máximo</b> Por persona, 19 años de edad y mayores	\$1,000		\$1,500		N/A	
<b>Cobertura Pediátrica</b> <b>Máximo a Pagar del Bolsillo Propio</b> Individual / Familiar, 18 años de edad o menores	\$400 / \$800		\$400 / \$800		\$400 / \$800	
	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:
<b>Servicios de Clase I</b>	Totalmente cubierto	20%	Totalmente cubierto	20%	Totalmente cubierto	20%
	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	SIN DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE, EL MIEMBRO PAGA:
<b>Servicios de Clase II</b>	20%	20%	20%	20%	20%	20%
<b>Servicios de Clase III</b>	50%	50%	50%	50%	50%	50%
<b>Periodo de Exclusión para Adultos</b> Por persona, 19 años de edad y mayores	Clase II: 6 meses; Clase III: 12 meses		Clase II: 6 meses; Clase III: 12 meses		Ninguno	

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **844-723-1205** o envíe un email a [CoverageAdvisors@PacificSource.com](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Para obtener más información, busque los planes individuales y familiares en [PacificSource.com](http://PacificSource.com). Ayuda con la accesibilidad: Si usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, llámenos al **844-723-1205**; TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

# ¿Está usted listo para inscribirse?



## Inscríbese en línea

Usted puede inscribirse directamente con PacificSource visitando nuestro sitio web:  
[PacificSource.com](http://PacificSource.com).

Busque el menú **Shop Plans (Contratar un Plan)** y elija **Dental**.



## Inscríbese por email, fax o correo postal

Llene un formulario de inscripción impreso y envíelo:

**Email:** [Individual@PacificSource.com](mailto:Individual@PacificSource.com)

**Fax:** 541-225-3646

**Correo postal:** PacificSource  
Health Plans, Attn: Individual  
Department  
PO Box 7068  
Springfield, OR 97475-0068



## Estamos aquí para ayudarle.

Para obtener más información, comuníquese con un Asesor de Cobertura al teléfono **844-723-1205**, TTY: 711 (aceptamos llamadas del servicio de retransmisión) o envíe un email a [CoverageAdvisors@PacificSource.com](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com).