



Planes Dentales 2025

Planes Individuales y Familiares para Idaho

Planes dentales para una salud integral



Usted decide: Combinar un plan dental con su plan de salud o seleccionar sólo el plan dental.

Elija un plan de nuestra red Dental PPO

Con nuestros planes Dental PPO, usted tendrá acceso a una amplia red de más de 1,825 proveedores dentales en más de 1,500 localidades de Idaho y Oregon. 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 importantes 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 no preventivos cubiertos.

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 de 21 años de edad o mayores 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 | \$35 | 0 a 18 | \$35 | 0 a 18 | \$34 |
| 19 a 20 | \$34 | 19 a 20 | \$38 | 19 a 20 | - |
| 21 a 24 | \$34 | 21 a 24 | \$38 | 21 a 24 | - |
| 25 a 29 | \$36 | 25 a 29 | \$40 | 25 a 29 | - |
| 30 a 34 | \$39 | 30 a 34 | \$44 | 30 a 34 | - |
| 35 a 39 | \$42 | 35 a 39 | \$47 | 35 a 39 | - |
| 40 a 44 | \$46 | 40 a 44 | \$52 | 40 a 44 | - |
| 45 a 49 | \$50 | 45 a 49 | \$56 | 45 a 49 | - |
| 50 a 54 | \$52 | 50 a 54 | \$58 | 50 a 54 | - |
| 55 a 59 | \$54 | 55 a 59 | \$60 | 55 a 59 | - |
| 60 a 64 | \$56 | 60 a 64 | \$62 | 60 a 64 | - |
| 65+ | \$56 | 65+ | \$62 | 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 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 |
| Deducible anual Individual / Familiar | N/A | \$50 / \$150 | N/A | \$50 / \$150 | N/A | \$50 / \$150 |
| Beneficio anual máximo Por persona, 19 años de edad y mayores | \$1,000 | | \$1,500 | | N/A | |
| Monto máximo a pagar del bolsillo propio por la cobertura pediátrica Individual/Familiar, 18 años de edad y menores | \$425 / \$850 | | \$425 / \$850 | | \$425 / \$850 | |
| | 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: |
| Servicios de Clase I | 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: |
| Servicios de Clase II | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Servicios de Clase III | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Periodo de exclusión para adultos 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(a) | |

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **844-723-1205** o al email CoverageAdvisors@PacificSource.com. Para obtener más información, busque los planes individuales y familiares en 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. 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

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.