



---

Planes Dentales 2022  
**Individuales y Familiares para Washington**

---

# Cobertura dental



La buena salud dental puede llevar a una mejor salud en general. Añada uno de nuestros planes dentales a su plan de salud o seleccione solamente la cobertura dental.

## Elija un plan Dental PPO

Con un plan Dental PPO, usted tendrá acceso a una amplia red de más de 4,700 puntos de acceso a los cuidados en Washington. Es importante que usted acuda con los proveedores participantes en el plan Dental PPO. Esto maximiza sus beneficios y minimiza lo que usted tiene que pagar. Encuentre dentistas que acepten el plan Dental PPO 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 al nivel de beneficios dentro de la red.

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

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

**Monto máximo a pagar del bolsillo propio por la cobertura pediátrica:** El monto máximo que usted pagará en un año calendario para 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 ciertos 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 los condados de Clark, Pierce, Spokane y Thurston a través de Washington Healthplanfinder 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

### 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 familiares están disponibles a través del Mercado de Seguros o directamente con nosotros. El plan Kids Dental PPO solamente está disponible a través del Mercado. 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.

**USE THIS CHART  
TO ESTIMATE YOUR  
FAMILY'S PREMIUM**

<b>Dental PPO 0-20-50 1000</b>		<b>Dental PPO 0-20-50 1500</b>		<b>Kids Dental PPO</b> <i>Available only through the exchange (coverage for members age 18 and under)</i>	
AGE	PREMIUM	AGE	PREMIUM	AGE	PREMIUM
0 to 18	\$44	0 to 18	\$44	0 to 18	\$44
19 to 20	\$63	19 to 20	\$71	19 to 20	-
21 to 24	\$63	21 to 24	\$71	21 to 24	-
25 to 29	\$63	25 to 29	\$71	25 to 29	-
30 to 34	\$63	30 to 34	\$71	30 to 34	-
35 to 39	\$63	35 to 39	\$71	35 to 39	-
40 to 44	\$63	40 to 44	\$71	40 to 44	-
45 to 49	\$63	45 to 49	\$71	45 to 49	-
50 to 54	\$63	50 to 54	\$71	50 to 54	-
55 to 59	\$63	55 to 59	\$71	55 to 59	-
60 to 64	\$63	60 to 64	\$71	60 to 64	-
65+	\$63	65+	\$71	65+	-

**USE THIS CHART  
TO COMPARE OUR  
DENTAL PLANS**

	<b>Dental PPO 0-20-50 1000</b>		<b>Dental PPO 0-20-50 1500</b>		<b>Kids Dental PPO*</b> <i>Available only through the exchange (coverage for members age 18 and under)</i>	
	<b>Dental PPO</b>		<b>Dental PPO</b>		<b>Dental PPO</b>	
	<b>IN NETWORK</b>	<b>OUT OF NETWORK</b>	<b>IN NETWORK</b>	<b>OUT OF NETWORK</b>	<b>IN NETWORK</b>	<b>OUT OF NETWORK</b>
<b>Annual Deductible</b> Individual / Family	<b>N/A</b>	<b>\$50 / \$150</b>	<b>N/A</b>	<b>\$50 / \$150</b>	<b>N/A</b>	<b>\$50 / \$150</b>
<b>Annual Maximum Benefit</b> Per person, age 19 and older	<b>\$1,000</b>		<b>\$1,500</b>		<b>N/A</b>	
<b>Pediatric Out-of-Pocket Maximum</b> Individual/Family, age 18 and under	<b>\$375 / \$750</b>	<b>N/A</b>	<b>\$375 / \$750</b>	<b>N/A</b>	<b>\$375 / \$750</b>	<b>N/A</b>
	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>
<b>Class I Services</b>	Covered in Full	20%	Covered in Full	20%	Covered in Full	20%
	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>	<b>AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:</b>
<b>Class II Services</b>	20%	20%	20%	20%	20%	20%
<b>Class III Services</b>	50%	50%	50%	50%	50%	50%
<b>Exclusion Period</b> Per person, age 19 and older	Class II: 6 months; Class III: 12 months		Class II: 6 months; Class III: 12 months		None	

\*May be purchased only during Open Enrollment or SEP. This is a brief summary. Contact a Coverage Advisor at **855-330-2792** or by email at [CoverageAdvisors@PacificSource.com](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). For more details, search individual and family plans at [PacificSource.com](http://PacificSource.com). Accessibility help: For assistance reading this table or the rest of the document, please call us at **888-977-9299, TTY 711 or 800-735-3260**.

# ¿Está usted listo para inscribirse?

---



## Inscríbese en línea

Usted puede inscribirse directamente en 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 **855-330-2792** o al email [CoverageAdvisors@PacificSource.com](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com).