

# PLAN DENTAL ESTÁNDAR

## ESQUEMA

El plan dental incluye niveles de cobertura preventiva, básica, mayor y de ortodoncia. El plan no tiene períodos de espera y es flexible.

## NIVELES DE COBERTURA

Servicio	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Preventivo	100%	50%
Básico	80%	40%
Mayor	50%	25%
De Ortodoncia	25%	25%

## LÍMITE DEL AÑO DEL PLAN

El plan pagará hasta 2.000 dólares cada año del plan, por cada miembro. Todos los niveles de cobertura se aplican a los límites anuales.

## DEDUCIBLE

El plan tiene un deducible que se aplica a los servicios básicos, mayores y de ortodoncia. El deducible anual del plan es de \$50 por miembro y \$150 para la familia. La atención preventiva no requiere un deducible.

## ORTODONCIA

El plan paga el 25% de los servicios de ortodoncia hasta un límite de por vida de \$1,000 por miembro.

## RED

El plan proporciona acceso a la red nacional de proveedores dentales Connection Dental® PPO. Puede buscar un proveedor en [www.ppousa.com](http://www.ppousa.com) o llamar al 800-513-7177.