

Texas: Planes dentales de Texas para 2025

Inscríbese en HEALTHCARE.GOV



	PREMIER HIGH PLAN		PREMIER LOW PLAN		ADVANTAGE PLAN		ADVANTAGE LOW PLAN		ADVANTAGE COPAY PLAN	
	Red Premier	Fuera de Red	Red Premier	Fuera de Red	Red Advantage Plus	Fuera de Red	Red Advantage Plus	Fuera de Red	Red Advantage	Fuera de Red
Servicios										
Preventivo	100%	100% hasta el CMA*	100%	100% hasta el CMA*	100%	100% hasta el CMA*	100%	100% hasta el CMA*	100%	100% hasta el CMA*
Básico	80%	80% hasta el CMA*	50%	50% hasta el CMA*	50%	50% hasta el CMA*	50%	50% up to CMA*	Ver el calendario de Copago	Ver el calendario de Copago
Mayor	50%	50% hasta el CMA*	50%	50% hasta el CMA*	25%	25% hasta el CMA*	25% / Sin Cobertura (Niño hasta 19 años de edad** / Adultos 19+)	25% hasta el CMA* / Sin Cobertura (Niño hasta 19 años de edad** / Adultos 19+)		
Ortodoncia (hasta 19 años**) Médicamente Necesario	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50% / Sólo Descuento (Niño hasta 19 años de edad** / Adultos 19+)	50% / Sin Cobertura (Niño hasta 19 años de edad** / Adultos 19+)	50%	50%
Ortodoncia (hasta 19 años**) No Médicamente Necesario	50%	50%	Sólo Descuento	Sin Cobertura	Sólo Descuento	Sin Cobertura	Sólo Descuento	Sin Cobertura	50%	50%
Periodos de Espera										
Preventivo	Ninguno		Ninguno		Ninguno		Ninguno		Ninguno	
Básico	Período de Espera de 6 Meses		Período de Espera de 6 Meses		Período de Espera de 6 Meses		Ninguno / Período de Espera de 6 Meses (Niño hasta 19 años de edad** / Adultos 19+)		Período de Espera de 6 Meses	
Mayor	Período de Espera de 15 Meses		Período de Espera de 18 Meses		Período de Espera de 12 Meses		Ninguno		Período de Espera de 12 Meses	
Ortodoncia (Médicamente Necesario / No Médicamente Necesario)	Ninguno / Período de Espera de 24 Meses		Ninguno / No Aplica		Ninguno / No Aplica		Ninguno / No Aplica		Ninguno / Período de Espera de 24 Meses	
Deducible (se aplica a Preventivo, Básico y Mayor)										
Por Persona	\$25		\$100		\$100		\$75		\$50	
Máximo por Familia	\$75		\$300		\$300		\$225		\$150	
Máximos										
Máximo anual por persona para Mayo (19 años y mayores)	\$750		\$500		\$500		Ninguno		Ninguno	
Máximo anual por persona (19 años y mayores)	\$1,500		\$1,500		\$1,000		\$1,000		Ninguno	
Máximo vitalicio por ortodoncia (Médicamente Necesario / No Médicamente Necesario)	Ninguno / \$1,000		Ninguno / No Aplica		Ninguno / No Aplica		Ninguno / No Aplica		Ninguno / \$1,000	
Máximo anual por niño (hasta 19 años**)	Ninguno		Ninguno		Ninguno		Ninguno / No Aplica (Niño hasta 19 años de edad** / Adultos 19+)		Ninguno	
Máximo de desembolso directo por niño (hasta 19 años de edad)	\$425		\$425		\$425		\$425		\$425	
Máximo de desembolso directo por niño (hasta 19 años**) Máximo por Familia	\$850		\$850		\$850		\$850		\$850	

Los beneficios ilustrados están resumidos únicamente. Consulte su póliza dental para obtener una descripción completa de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones. Todos los servicios están sujetos al Cargo Máximo Aprobado (CMA) de EMI Health. Cuando se usa un proveedor no participante, el asegurado es responsable de todos los cargos en exceso del Cargo Máximo Aprobado (CMA). Suscrito por Educators Health Plans Life, Accident & Health. Estos planes dentales de EMI Health han sido revisados y aprobados por el Departamento de Seguros de Texas. Cumplen con todas las regulaciones federales, y cumplen los requisitos de la Ley de Atención asequible para personas. Disposiciones generales de la póliza. *Todos los Servicios están sujetos al Cargo Máximo Permitido (CMA) de EMI Health. Al usar un Proveedor No Participante, el asegurado será responsable por todos los recargos que excedan el Cargo Máximo Permitido (CMA). **Hasta el último día del mes en el que el asegurado cumple 19 años de edad