



PPO Premier (Bajo)

Este plan probablemente sea adecuado para usted si desea un plan dental sólido con un amplio acceso a proveedores, un máximo anual alto y cobertura para necesidades dentales mayores, pero con una prima más baja que nuestra Opción Alta. Este plan no incluye cobertura de ortodoncia.

Beneficios Clave de un Vistazo

- Máximo anual de \$1,500
- 100 % de cobertura preventiva dentro de la red
- 75 % en servicios básicos después del deducible
- 50 % en servicios mayores después del deducible
- Incluye un descuento en ortodoncia

Prima Mensual

- Individual: \$35
- Suscriptor + 1: \$66
- Suscriptor + 2: \$90
- Suscriptor + 3 (o más): \$128

CÓMO FUNCIONA

Plan de Coseguro

Máximo anual: \$1,500 por persona.

Deducible: \$50 por persona, \$150 por familia.

INFORMACIÓN DE LA RED

Red PPO Premier con más de 4,000 proveedores en Utah.

Incluye dentistas generales y especialistas dentro de la red.

El plan incluye cobertura fuera de la red.

PERÍODOS DE ESPERA

Preventivo: Sin período de espera

Básico: Período de espera de 6 meses

Mayor: Período de espera de 12 meses

ASPECTOS IMPORTANTES

Cobertura de implantes.

Los períodos de espera pueden reducirse o eliminarse con prueba de cobertura previa acreditada.

Los beneficios ilustrados son solo un resumen. Consulte su Póliza Dental para una descripción completa de los beneficios, limitaciones y exclusiones.

RESUMEN DE COBERTURA

PPO Premier (Bajo)

	PREMIER	FUERA DE LA RED
SERVICIOS		
Preventivo (Tipo 1) Exámenes orales, limpiezas, radiografías, flúor, selladores	100%	75 % hasta el MAC*
Básico (Tipo 2) Obturaciones (rellenos), mantenedores de espacio	75%	50 % hasta el MAC*
Mayor (Tipo 3) Corona, puentes, prostodoncia	50%	25% hasta el MAC*
Ortodoncia (Tipo 4) Niños hasta los 19 años Adultos	Solo Descuento Solo Descuento	Sin Cobertura Sin Cobertura
Cirugía Oral (Tipo 2)	75%	50% hasta el MAC*
Endodoncia (Tipo 3)	50%	25% hasta el MAC*
Periodoncia (Tipo 3)	50%	25% hasta el MAC*
PERÍODOS DE ESPERA		
Preventivo (Tipo 1)	Sin Período de Espera	
Básico (Tipo 2)	6 meses	
Mayor (Tipo 3)	12 meses	
Ortodoncia (Tipo 4)	No aplica	
DEDUCIBLE		
Por Persona	\$50.00	
Mayor (Tipo 3) por Persona	\$150.00	
El deducible aplica a	Tipo 1, Tipo 2 y Tipo 3	
MÁXIMO ANUAL		
Por Persona	\$1,500 (Anualmente)	
Mayor (Tipo 3) por Persona	\$750 (Anualmente)	
De por Vida en Ortodoncia	No aplica	

*Todos los servicios están sujetos al Cargo Máximo Permitido (MAC) de EMI Health. Cuando se utiliza un proveedor que no participa en la red, el asegurado es responsable de todos los honorarios que excedan el Cargo Máximo Permitido (MAC).

Los beneficios ilustrados son solo un resumen. Consulte su Póliza Dental para una descripción completa de los beneficios, limitaciones y exclusiones.

Suscrito por Educators Health Plans Life, Accident & Health, Inc., © 2025 EMI Health