

Consulte el Manual del plan para obtener más detalles.

Dental	DELTA DENTAL <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	DELTA DENTAL <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	DELTA DENTAL <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	DELTA DENTAL <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	DELTA DENTAL <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	KAISER PERMANENTE	Willamette Dental Group
Dental	Premier Plan 1 ¹	Premier Plan 5 ¹	Premier Plan 6	Plan de incentivo de PPO exclusivo ¹	Plan de PPO exclusivo	Plan dental de Kaiser	Plan dental de Willamette
Red	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Plan de red limitada – PPO de Delta Dental ²	Plan de red limitada – PPO de Delta Dental ²	Plan de red limitada – Establecimientos de Kaiser Permanente ²	Plan de red limitada – Establecimientos de Willamette Dental Group ²
Copago por visitas a consultorios dentales	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$20 ³	\$20 ³
Beneficio máximo	\$2,200 ⁴	\$1,700 ⁴	\$1,200	\$2,300 ⁴	\$1,500 ⁴	\$4,000 ⁴	N/A
Deducible	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50	N/A	N/A
Servicios preventivos y diagnósticos – Se exenta el deducible para los servicios preventivos y diagnósticos en los planes dentales de Delta Dental⁶							
Exámenes bucales, radiografías, limpiezas (profilaxis), tratamientos con flúor y mantenedores de espacio	70 % + 10 % cada año del plan ⁶	70 % + 10 % cada año del plan ⁶	100 % ⁶	100 % ⁶	100 % ⁶	100 % ⁶	100 %
Servicios de restauración							
Empastes de rutina, incrustaciones y coronas de acero inoxidable	70 % + 10 % ¹ cada año del plan	70 % + 10 % ¹ cada año del plan	80 % ¹	70 % + 10 % ¹ cada año del plan	90 % ¹	100 % ³	100 % ³
Extracción simple							
Extracciones dentales simples	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	100 % ³	100 % ³
Cirugía bucal							
Extracciones dentales quirúrgicas, que incluyen diagnóstico y evaluación	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	\$50 de copago ³	\$50 de copago ³
Periodoncia							
Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedades de las encías, que incluyen eliminación del sarro y alisado radicular	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	100 % ³	100 % ³
Endodoncia							
Tratamiento de conducto y terapia relacionada, que incluye diagnóstico y evaluación	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	\$50 de copago ³	\$50 de copago ³
Servicios de restauración mayor							
Coronas de oro o porcelana e incrustaciones “onlay”	70 % + 10 % cada año del plan	70 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$250 de copago ³	\$250 de copago ^{3,5}
Implantes	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	50 % ³	Cirugía de implantes hasta un máximo de \$1,500 por año natural ⁵
Otros servicios cubiertos							
Protectores oclusales (protectores dentales para dormir)	50 % hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50 % hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50 % hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50 % hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50 % hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	60 %, una vez cada 5 años	100 % una vez cada 2 años
Protectores bucales atléticos	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	60 %, una vez cada 12 meses	\$100 de copago ³
Óxido nitroso	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	\$0 de copago (12 años de edad o menos) \$25 de copago (13 años de edad o más)	\$15 de copago ³
Servicios de prótesis fijas y removibles							
Dentaduras postizas completas o parciales, recubrimientos, rebasados	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$100 de copago ³	\$100 de copago ^{3,5}
Retenedores del puente y pónicos	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$250 de copago ³	\$250 de copago ^{3,5}
Ortodoncia							
Tratamiento de ortodoncia	80 % a \$1,800 como máximo de por vida	80 % a \$1,800 como máximo de por vida	NO HAY COBERTURA DE ORTODONCIA en este plan	80 % a \$1,800 como máximo de por vida	80 % a \$1,800 como máximo de por vida	\$2,500 de copago + \$20 por visita	\$2,500 de copago + \$20 por visita

1 Bajo los dentales 1 a 5 de Delta Dental, y el Plan incentivos de PPO exclusivo, los beneficios empiezan al 70 % el primer año del plan y luego aumentan en un 10 % cada año del plan (hasta un máximo del 100 %) siempre que la persona haya ido a ver al dentista al menos una vez en el transcurso del año del plan anterior. 📄

2 Los servicios realizados por proveedores fuera de la red limitada no están cubiertos a menos que exista una emergencia dental. Los servicios de emergencia incluyen únicamente un examen limitado y tratamiento paliativo.
3 El copago de la visita al consultorio se aplica para cada visita, además de cualquier copago del plan para los servicios.

4 La atención preventiva y de ortodoncia no se cuentan como parte de esta cantidad máxima.
5 Las prótesis apoyadas por implantes dentales (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto bajo el plan de Willamette Dental Group.
6 Los servicios de prevención no se cuentan como parte de la cantidad máxima de beneficios del plan.

Este documento es solo para fines de comparación. No describe completamente los beneficios de cada plan. Consulte los documentos de los planes para obtener más detalles. Si hay diferencias entre esta comparación y los documentos de los planes, los documentos de los planes prevalecerán.