



# Comparación de beneficios para 2025-26

## Planes dentales

Esta es una comparación de **planes dentales de alto nivel**. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

\$168.93



\$149.20



\$107.68



\$146.43



\$98.69



Not available  
XXXXXXXXXXXX  
Kaiser Permanente  
XXXXXXXXXXXX

\$123.59



Servicios dentales	Plan Premier 1 <sup>1</sup>	Plan Premier 5 <sup>1</sup>	Plan Premier 6	PPO exclusivo - Plan de incentivo <sup>1</sup>	Plan PPO exclusivo	Kaiser Plan dental	Willamette Plan dental
<b>Red</b>	<b>Delta Dental Premier</b>	<b>Delta Dental Premier</b>	<b>Delta Dental Premier</b>	Plan de red limitada PPO de Delta Dental <sup>2</sup>	Plan de red limitada PPO de Delta Dental <sup>2</sup>	Plan de red limitada Centros de Kaiser Permanente <sup>2</sup>	Plan de red limitada Centros dentales de Willamette <sup>2</sup>
Copago por visitas a consultorios dentales	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	\$20 <sup>3</sup>	\$20 <sup>3</sup>
Beneficio máximo	\$2,200 <sup>4</sup>	\$1,700 <sup>4</sup>	\$1,200	\$2,300 <sup>4</sup>	\$1,500 <sup>4</sup>	\$3,000 <sup>4</sup>	No se aplica
Deducible	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50	No se aplica	No se aplica
<b>Servicios preventivos y de diagnóstico: se exime el deducible para servicios preventivos y de diagnóstico en los planes Delta Dental<sup>6</sup></b>							
Exámenes bucales, radiografías, limpiezas (profilaxis), tratamientos con flúor y mantenedores de espacio	70 % + 10 % cada año del plan <sup>6</sup>	70 % + 10 % cada año del plan <sup>6</sup>	100 % <sup>6</sup>	100 % <sup>6</sup>	100 % <sup>6</sup>	100 % <sup>6</sup>	100 %
<b>Servicios de restauración</b>							
Empastes de rutina, incrustaciones y coronas de acero inoxidable	70 % + 10 % <sup>1</sup> cada año del plan	70 % + 10 % <sup>1</sup> cada año del plan	80 % <sup>1</sup>	70 % + 10 % <sup>1</sup> cada año del plan	90 % <sup>1</sup>	100 % <sup>3</sup>	100 % <sup>3</sup>
<b>Extracción simple</b>							
Extracciones dentales simples	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	100 % <sup>3</sup>	100 % <sup>3</sup>
<b>Cirugía bucal</b>							
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	\$50 de copago <sup>3</sup>
<b>Periodoncia</b>							
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 % <sup>3</sup>	100 % <sup>3</sup>

# Planes dentales — continuación



Esta es una comparación de planes dentales de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

\$168.93



\$149.20



\$107.68



\$146.43



\$98.69



Not available



\$123.59






Servicios dentales	Plan Premier 1 <sup>1</sup>	Plan Premier 5 <sup>1</sup>	Plan Premier 6	PPO exclusivo - Plan de incentivo <sup>1</sup>	Plan PPO exclusivo	Kaiser Plan dental	Willamette Plan dental
<b>Endodoncia</b>							
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 <sup>3</sup>	\$50 de copago <sup>3</sup>
<b>Servicios de restauración mayor</b>							
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 <sup>3</sup>	\$250 de copago <sup>3,5</sup>
Implantes	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	50 % <sup>3</sup>	Cirugía de implantes de hasta \$1,500 máximo por año calendario <sup>5</sup>
<b>Otros servicios cubiertos</b>							
Protectores oclusales (protectores dentales para dormir)	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	65 %, una vez cada 5 años	100 % una vez cada 2 años
Protectores bucales atléticos	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	65 %, una vez cada 12 meses	\$100 de copago <sup>3</sup>
Óxido nitroso	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	\$0 de copago (12 años y menores) \$15 de copago (13 años y mayores)	\$15 de copago <sup>3</sup>
<b>Servicios de prótesis fijas y removibles</b>							
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 <sup>3</sup>	\$100 de copago <sup>3,5</sup>
Retenedores del puente y pónicos	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$250 de copago <sup>3</sup>	\$250 de copago <sup>3,5</sup>

# Planes dentales — continuación



Esta es una comparación de planes dentales de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

Servicios dentales	Plan Premier 1 <sup>1</sup>	Plan Premier 5 <sup>1</sup>	Plan Premier 6	PPO exclusivo - Plan de incentivo <sup>1</sup>	Plan PPO exclusivo	<del>Kaiser Plan dental</del>	Willamette Plan dental
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>\$168.93</b></p>  <p>Delta Dental of Oregon &amp; Alaska</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>\$149.20</b></p>  <p>Delta Dental of Oregon &amp; Alaska</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>\$107.68</b></p>  <p>Delta Dental of Oregon &amp; Alaska</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>\$146.43</b></p>  <p>Delta Dental of Oregon &amp; Alaska</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>\$98.69</b></p>  <p>Delta Dental of Oregon &amp; Alaska</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Not available XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>\$123.59</b></p>  </div> </div>							
<b>Ortodoncia</b>							
Tratamiento de ortodoncia	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	<b>Sin cobertura de ortodoncia en este plan</b>	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	<del>\$2,500 de copago + \$20 por visita</del>	\$2,500 de copago + \$20 por visita

- Bajo los planes dentales de Delta Dental 1 y 5, PPO exclusivo - Plan de incentivos de Delta Dental, los beneficios empiezan al 70 % el primer año del plan, luego van aumentando en un 10 % cada año plan (hasta un 100 % como máximo) siempre que la persona haya ido a ver al dentista, por lo menos, una vez en el transcurso del año plan anterior.
- Los servicios prestados por proveedores fuera de la red limitada no están cubiertos, salvo en caso de una emergencia dental. Los servicios de emergencia incluyen únicamente un examen limitado y tratamiento paliativo.
- El copago de la visita al consultorio se aplica para cada visita, además de cualquier copago del plan para los servicios.

- La atención preventiva y ortodóntica no se cuentan como parte de este monto máximo.
- Las prótesis apoyadas por implantes dentales (coronas, puentes y dentaduras postizas) no están cubiertas por el plan de Willamette Dental Group.
- Los servicios preventivos no se acumularán para el máximo de beneficios del plan.

**Este documento es para fines comparativos únicamente. No describe totalmente los beneficios de cada plan. Para obtener más información, consulte los documentos del plan. Si existe algún conflicto entre esta comparación y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.**