

2024 | Planes Dentales de Alaska

Individual y familiar



Bienvenido a Delta Dental of Alaska

Aquí le brindamos más que un plan dental,
porque la buena salud comprende mucho
más que los detalles del plan.



Cobertura de calidad que cuida su sonrisa

Ofrecemos también opciones de seguro dental para ayudarlos a usted y su familia a tener una mejor salud bucal. Con los planes de Delta Dental of Alaska, tendrá acceso a una de las redes de atención dental más grande del país. Esto significa que puede elegir entre miles de dentistas en todo el estado y el país.



Ahorro con profesionales de la red



Limpiezas una vez cada seis meses

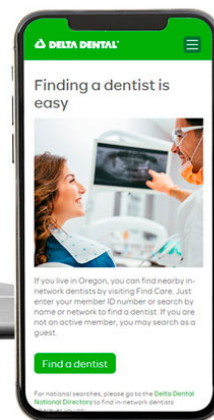
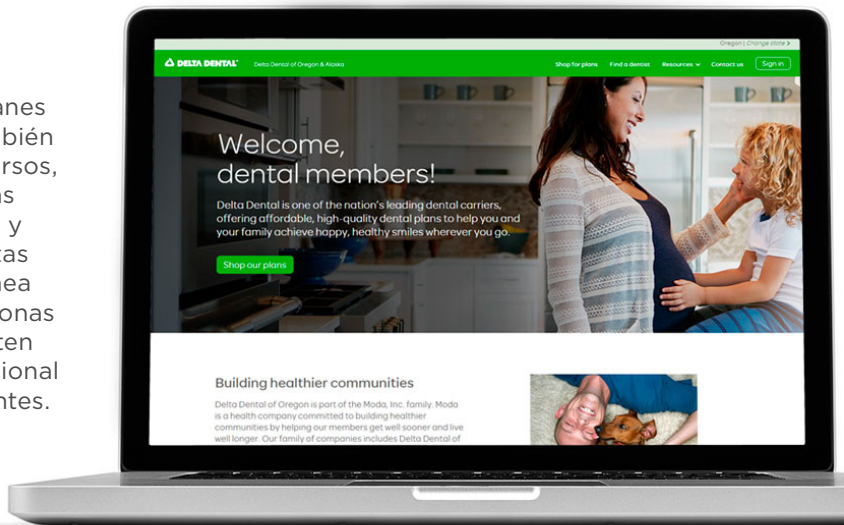


Servicio de atención al cliente superior



Libertad para elegir dentistas

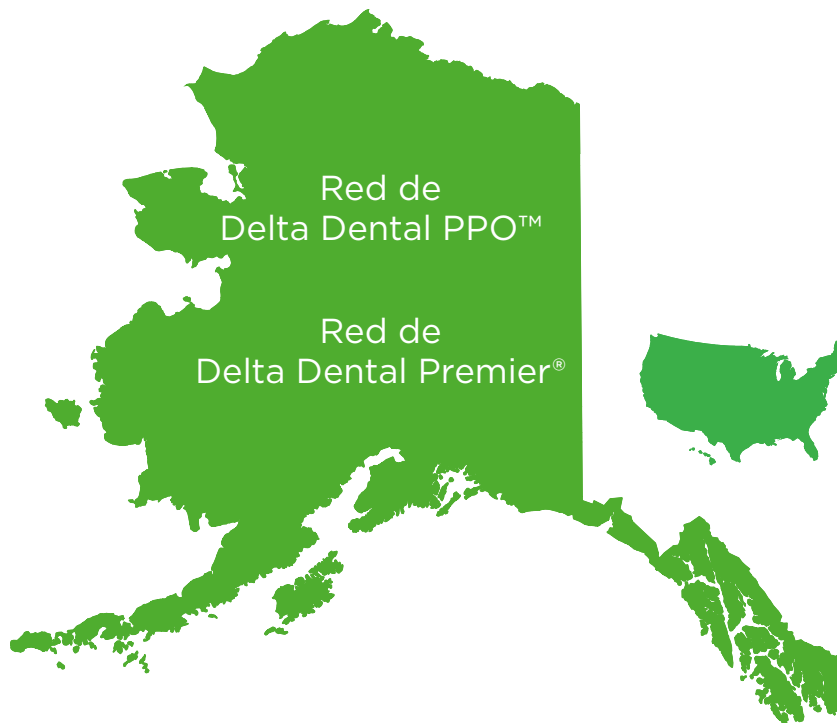
Nuestros planes dentales también incluyen recursos, programas especiales y herramientas útiles en línea para las personas que necesiten atención adicional para sus dientes.



¿Está listo para elegir?
Haga sus selecciones en DeltaDentalAK.com/shop.

Redes de Delta Dental vaya donde vaya

Acceso a miles de dentistas en todo el estado y el país. Los dentistas dentro de la red aceptan nuestras tarifas como pago total, así ahorra costos de desembolso.



La red de **Delta Dental PPO™** ofrece estos planes dentales:

Delta Dental PPO 1000 ● Delta Dental PPO 1500

La red de **Delta Dental Premier®** ofrece estos planes dentales:

Delta Dental Premier Healthy Smiles ● Delta Dental Premier Plan
Delta Dental Premier 1000 ● Delta Dental Premier Preventive Alaska Mandated Plan



Verifique si su dentista está en la red en deltadentalak.com.
Luego, elija **“Find a Provider”** (Encontrar un proveedor)
y luego seleccione la red dental.

Red de Delta Dental PPO™

mayores
ahorros



¡El costo más bajo!



Amplias redes
de dentistas



0

Red de Delta Dental Premier®

más
opciones



Costo algo más alto



Elija dentistas
de la red Premier



Tabla de beneficios del plan dental para 2024

	Delta Dental PPO 1000 Plan ^{1, 2, 3, 4}		Delta Dental PPO 1500 Plan ^{1, 2, 3, 4}		Delta Dental Premier [®] Plan ^{1, 2, 3, 4}	
	Miembros de 0 a 18 años	Miembros a partir de los 19 años	Miembros de 0 a 18 años	Miembros a partir de los 19 años	Miembros de 0 a 18 años	Miembros a partir de los 19 años
Lo que usted paga por la atención dentro de la red que recibe cada año; es posible que se cubran servicios fuera de la red a						
Deducible por persona	\$50		\$50		\$0	
Deducible por familia	\$150		\$150		\$0	
Máximo anual (a partir de los 19 años)	\$1,000		\$1,500		\$1,100	
Desembolso máximo (de 0 a 18 años)	\$400 para 1 miembro \$800 para 2 miembros o más (solo dentro de la red)		\$400 para 1 miembro \$800 para 2 miembros o más (solo dentro de la red)		\$400 para 1 miembro \$800 para 2 miembros o más	
Beneficios disponibles fuera de la red	✓		✓		✓	
Clase 1						
Exámenes y radiografías	0 %		0 %		15 %	20 %
Limpiezas dentales	0 %		0 %		15 %	20 %
Mantenimiento periodontal	0 %		0 %		15 %	20 %
Selladores	0 %		0 %		15 %	20 %
Fluoruro tópico	0 %		0 %		15 %	20 %
Clase 2						
Mantenedores de espacio	50 % después del deducible	Sin cobertura	50 % después del deducible	Sin cobertura	60 %	Sin cobertura
Rellenos para restauración dental	50 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	60 %	35 %
Clase 3						
Cirugía oral	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %
Endodoncia	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %
Periodoncia	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %
Coronas para restauración dental	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %
Puentes	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %
Dentaduras postizas parciales y completas	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %
Anestesia	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %
Ortodoncia	70 % después del deducible	Sin cobertura	70 % después del deducible	Sin cobertura	70 %	Sin cobertura
Características						
Red de proveedores	PPO		PPO		Premier	

Estos beneficios y las pólizas de Delta Dental of Alaska están sujetos a cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. En este folleto se ofrecen resúmenes de varios planes dentales y no es un contrato. En caso de discrepancia entre los resúmenes y el contrato, prevalecerá el contrato.



Plan especial solo para jóvenes

Plan solo directo no certificado

Delta Dental Premier®
Healthy Smiles⁴

Delta Dental Premier®
1000 Plan^{1, 5, 6, 7, 8}

Miembros de 0 a 18 años únicamente (sin cobertura para adultos)	Miembros a partir de los 19 años (sin cobertura)	Miembros de 0 a 18 años	Miembros a partir de los 19 años
una tarifa diferente			
\$0	Sin cobertura	\$50 (para todas las edades)	
\$0	Sin cobertura	\$150 (para todas las edades)	
N/A	Sin cobertura	\$1,000 (para todas las edades)	
\$400 para 1 miembro \$800 para 2 miembros o más	Sin cobertura		N/A
✓	Sin cobertura		✓
15 %	Sin cobertura		0 %
15 %	Sin cobertura		0 %
15 %	Sin cobertura		0 %
15 %	Sin cobertura		0 %
15 %	Sin cobertura		0 %
60 %	Sin cobertura		20 % después del deducible
60 %	Sin cobertura		20 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		50 % después del deducible
70 %	Sin cobertura		Sin cobertura
Premier		Premier	

Aspectos destacados del plan



Healthy Smiles

Healthy Smiles es un plan especial de Delta Dental Premier® solo para jóvenes de entre 0 y 18 años. No se pagan beneficios para miembros mayores de 19 años inscritos en este plan.



Plan Premier 1000

El plan Premier 1000 es un plan dental no certificado de Delta Dental que no incluye los beneficios dentales de la Ley de Cuidados Asequibles (ACA). No hay límites de edad para inscribirse en este plan. Solo disponible de manera directa en DeltaDentalAK.com/shop.



Disponibilidad fuera la red

Para beneficios fuera de la red, escanee el código QR, luego haga clic en el enlace al *Resumen de beneficios (SOB)* para obtener información detallada de cada plan.



1 La aplicación de fluoruro se limita una vez cada 6 meses para miembros menores de 19 años y una vez cada 12 meses a partir de los 19 años, si hay un registro reciente de una cirugía periodontal, o bien un riesgo alto de caries debido a enfermedades, quimioterapia u otro tipo de tratamiento similar. 2 Para los servicios de clase 2, corresponde un período de exclusión de 6 meses a partir de los 19 años. Los períodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024. 3 Para los servicios de clase 3, corresponde un período de exclusión de 12 meses a partir de los 19 años. Los períodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024. 4 Solo tiene cobertura la ortodoncia médicamente necesaria. 5 No se aplican las limitaciones para pacientes pediátricos. Se aplican las limitaciones estándar de Delta Dental. 6 Para los servicios de clase 2, corresponde un período de exclusión de 6 meses para todas las edades si el miembro no tuvo cobertura dental previa durante un año, con un intervalo que no supere los 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024. 7 Para los servicios de clase 3, corresponde un período de exclusión de 12 meses para todas las edades si el miembro no tuvo cobertura dental previa durante un año, con un intervalo que no supere los 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024. 8 No se cubren mantenedores de espacio para miembros mayores de 19 años.

Tabla de beneficios del plan dental para 2024

	Delta Dental Premier Preventive Alaska Mandated Plan ^{1, 2, 3}	
	Miembros de 0 a 18 años	Miembros a partir de los 19 años
Lo que usted paga por la atención dentro de la red que recibe cada año; es posible que se cubran servicios fuera de la red a una tarifa diferente.		
Deducible por persona	\$25 (para todas las edades)	
Deducible por familia	\$75 (para todas las edades)	
Máximo anual	\$500 (para todas las edades)	
Desembolso máximo	N/A	
Beneficios disponibles fuera de la red	✔	
Clase 1		
Exámenes y radiografías	0 % después del deducible	0 % después del deducible
Limpiezas dentales	0 % después del deducible	0 % después del deducible
Mantenimiento periodontal	0 % después del deducible	0 % después del deducible
Selladores	0 % después del deducible	0 % después del deducible
Fluoruro tópico	0 % después del deducible	0 % después del deducible
Mantenedores de espacio	0 % después del deducible	Sin cobertura
Clase 2		
Rellenos para restauración dental	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Cirugía oral	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Endodoncia	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Periodoncia	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Anestesia	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Clase 3		
Coronas para restauración dental	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Puentes	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Dentaduras postizas parciales y completas	90 % después del deducible	90 % después del deducible
Ortodoncia	Sin cobertura	Sin cobertura
Características		
Red de proveedores	Premier	

Aspectos destacados del plan



Disponibilidad fuera la red

Para beneficios fuera de la red, escanee el código QR, luego haga clic en el enlace al *Resumen de beneficios (SOB)* para obtener información detallada de cada plan.



1 La aplicación de fluoruro se limita una vez cada 6 meses para miembros menores de 19 años y una vez cada 12 meses a partir de los 19 años, si hay un registro reciente de una cirugía periodontal, o bien un riesgo alto de caries debido a enfermedades, quimioterapia u otro tipo de tratamiento similar. 2 Para los servicios de clase 2, corresponde un período de exclusión de 6 meses a partir de los 19 años. Los períodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024. 3 Para los servicios de clase 3, corresponde un período de exclusión de 12 meses a partir de los 19 años. Los períodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza de Delta Dental para 2024.

Estos beneficios y las pólizas de Delta Dental of Alaska están sujetos a cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. En este folleto se ofrecen resúmenes de varios planes dentales y no es un contrato. En caso de discrepancia entre los resúmenes y el contrato, prevalecerá el contrato.

Inscripción simple

DeltaDentalAK.com/shop

Confirme su elegibilidad,
busque el plan que le
guste e insíbase.

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, religion, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call:

888-217-2365 (TDD/TTY 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.

Please mail or fax it to:

Delta Dental of Oregon and Alaska
Attention: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone:

U.S. Department of Health
and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

Scott White,
Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

DeltaDentalAK.com | DeltaDentalOR.com

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجانًا. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

بولتنے ہیں تو لانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ پر کال کریں 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

توجه: در صورتی که به فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما موجود است. با تماس بگیرید. (TTY: 711) 1-877-605-3229

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistenzen zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229（TTY、テレタイプライターをご利用の方は711）までお電話ください。

အကူအညီ: ဤတမ်း (အပါးတၢ် နှဲလ် အပါး အဒါံ ငှါအဲၣ်) ဝါလါ ဝါ တါ တါ အပါးအါံ တမာ်း မာ်း ဝါနါ မုၢ်မုၢ် နဒါး ဝါပလုၢ် ဝါ. 1-877-605-3229 (TTY: 711) ဃၣ် နါလ် နါလ်

ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ៖ បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយ ត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយ ឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ ទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le tologia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)



Individual y familiar

Pequeños grupos

Grandes grupos

¿Tiene preguntas? *Estamos para ayudarlo.*

Llame una de nuestras oficinas que aparecen más abajo.
Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Oficina en Anchorage

510 L Street, Suite 270
Anchorage, AK 99501
855-718-1767
de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4 p. m., hora de Alaska

Oficina en Portland (sede central)

601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204-3156
855-718-1767
de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4 p. m., hora de Alaska

DeltaDentalAK.com

Planes dentales en Alaska brindados por Delta Dental of Alaska. Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Association.

REV4-0364 (09/23) SS-1451-AK