

2024 | Planes Dentales de Oregon

Individual y familiar



Bienvenido a Delta Dental Plan of Oregon

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



Protegemos a más sonrisas



Una de las mayores redes dentales.

Disfrute la atención dental de primera línea a través de una de las redes más grandes de Oregón y del país.



Inscripción simple

Confirme su elegibilidad, busque el plan que le guste e inscríbese en DeltaDentalOR.com/shop.

Comprobado

con casi 70 años de experiencia
ofreciendo planes de seguro





Cobertura de calidad que cuida su sonrisa

Nuestros planes tienen opciones de seguro dental para ayudarlos a usted y su familia a tener una mejor salud bucal. Con los planes de Delta Dental de Oregon, tiene acceso a Delta Dental, una de las redes de atención dental más grandes 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

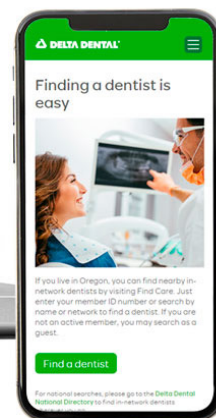
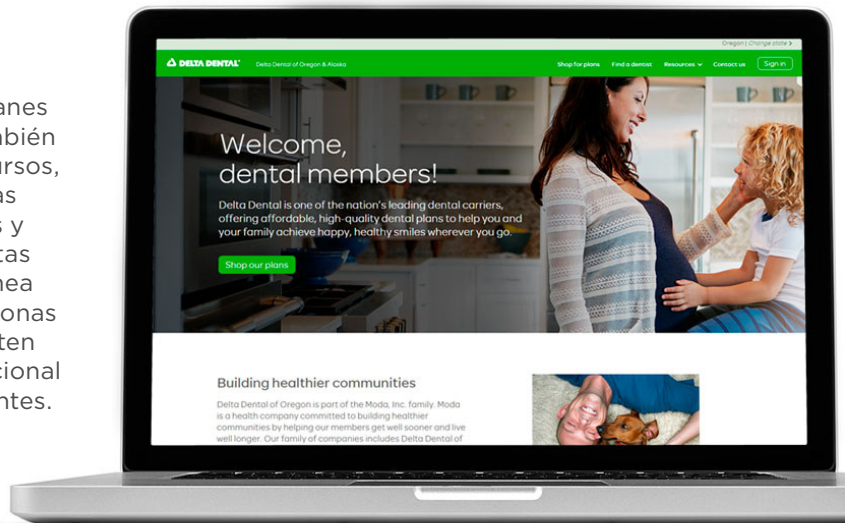


Servicio de atención al cliente superior



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.

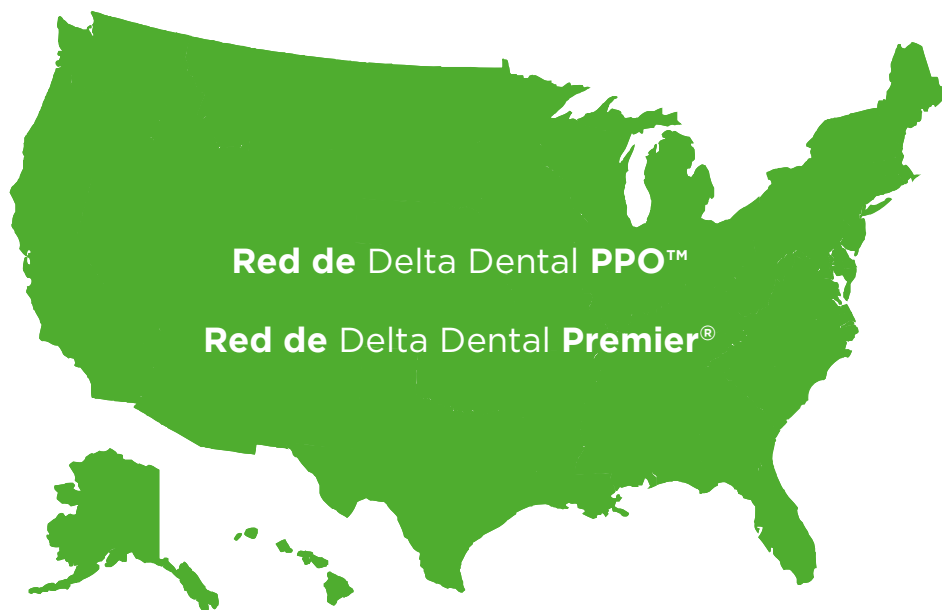


¿Está listo para elegir?

Haga sus selecciones en DeltaDentalOR.com/shop.

Redes de Delta Dental vaya donde vaya

Con miles de dentistas en todo el estado y el país, los profesionales dentro de la red aceptan nuestras tarifas como pago total, así usted ahorra costos de desembolso.



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

Delta Dental EPO ● Delta Dental PPO
Delta Dental PPO MAC ● Delta Dental PPO Bright Smiles

La red de **Delta Dental Premier®** ofrece este plan dentales:

Delta Dental Premier, 1000



Consulte si su dentista se encuentra en la red en [DeltaDentalOR.com](https://www.DeltaDentalOR.com).

Haga clic en "Find a provider" (Encontrar un proveedor) y luego seleccione la red dental.

Red de Delta Dental **PPO™**

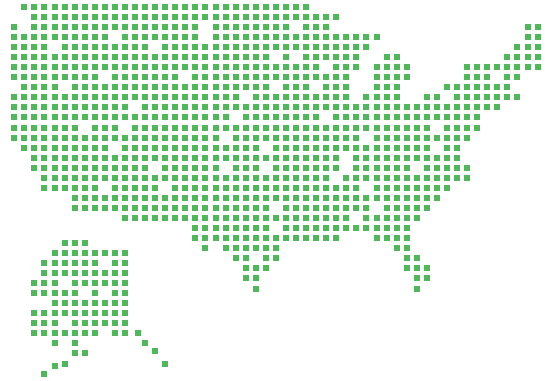
mayores
ahorros



¡El costo más bajo!



Amplias redes
de dentistas



Red de Delta Dental **Premier®**

más
opciones



Costo algo más alto



Elija dentistas de
la red Premier

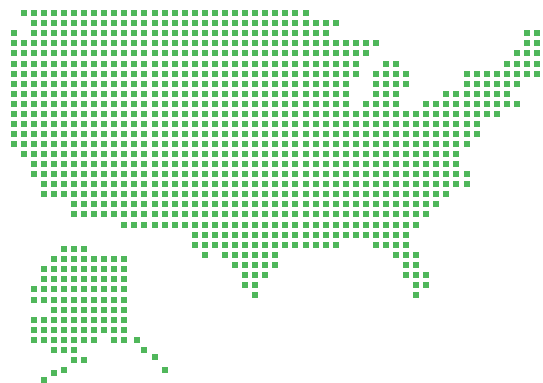


Tabla de beneficios del plan dental para 2024

Beneficiarios de la cobertura:	Delta Dental EPO ^{1, 2, 3}		Delta Dental PPO ^{1, 2, 3}		Delta Dental PPO MAC ^{1, 2, 3}	
	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						
Deducible (individual/familiar)	\$0		\$0		\$0	
Máximo anual (a partir de los 19 años)	\$1,500		\$1,000		\$1,200	
Desembolso máximo (menores de 19 años)	\$400 para 1 miembro \$800 para 2 miembros o más		\$400 para 1 miembro \$800 para 2 miembros o más		\$400 para 1 miembro \$800 para 2 miembros o más	
Beneficios disponibles fuera de la red	✗		✓		✓	
Clase 1						
Exámenes y radiografías	0 %	0 %	0 %	25 %	0 %	0 %
Limpiezas dentales	0 %	0 %	0 %	25 %	0 %	0 %
Mantenimiento periodontal	0 %	0 %	0 %	25 %	0 %	0 %
Selladores	0 %	0 %	0 %	25 %	0 %	0 %
Fluoruro tópico	0 %	0 %	0 %	25 %	0 %	0 %
Clase 2						
Mantenedores de espacio	30 %	Sin cobertura	75 %	Sin cobertura	30 %	Sin cobertura
Rellenos para restauración dental	30 %	30 %	75 %	40 %	30 %	40 %
Clase 3						
Cirugía oral	50 %	50 %	75 %	50 %	50 %	50 %
Endodoncia	50 %	50 %	75 %	50 %	50 %	50 %
Periodoncia	50 %	50 %	75 %	50 %	50 %	50 %
Coronas para restauración dental	50 %	50 %	75 %	50 %	50 %	50 %
Puentes	Sin cobertura	50 %	Sin cobertura	50 %	Sin cobertura	50 %
Dentaduras postizas parciales y completas	50 %	50 %	75 %	50 %	50 %	50 %
Anestesia	50 %	50 %	75 %	50 %	50 %	50 %
Ortodoncia ⁸	50 %	Sin cobertura	75 %	Sin cobertura	50 %	Sin cobertura
Características						
Red de proveedores	Red de Delta Dental PPO		Red de Delta Dental PPO		Dentistas de la red de Delta Dental PPO	
Área de servicio	Todos los condados, <i>sa/lvo</i> Grant, Harney, Union y Wheeler		Todo el estado		So/o los condados de Grant, Harney, Union y Wheeler	



Plan especial solo para jóvenes		Plan solo directo no certificado
Delta Dental PPO Bright Smiles ⁴		Delta Dental Premier 1000 ^{1, 5, 6, 7, 9}
Miembros de 0 a 18 años únicamente (sin cobertura para adultos)	Miembros a partir de los 19 años (sin cobertura)	Todas las edades
a una tarifa diferente		
\$0	Sin cobertura	\$50/\$150
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	
0 %	Sin cobertura	0 %
0 %	Sin cobertura	0 %
0 %	Sin cobertura	0 %
0 %	Sin cobertura	0 %
0 %	Sin cobertura	0 %
75 %	Sin cobertura	20 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	20 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	50 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	50 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	50 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	50 % después del deducible
Sin cobertura	Sin cobertura	50 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	50 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	50 % después del deducible
75 %	Sin cobertura	Sin cobertura
Red de Delta Dental PPO		Red de Delta Dental Premier
Todo el estado		Todo el estado

Aspectos destacados del plan



Bright Smiles

Bright 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 DeltaDentalOR.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 cubre 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 La aplicación de fluoruro se cubre una vez cada 6 meses. 5 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. 6 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. 7 No se aplican las limitaciones para pacientes pediátricos. Se aplican las limitaciones estándar de Delta Dental. 8 Solo se cubre la ortodoncia médicamente necesaria para el tratamiento de paladar hendido. 9 No se cubren mantenedores de espacio para miembros mayores de 14 años.

Estos beneficios y las pólizas de los planes Delta Dental están sujetos a cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. En este documento 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.

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](https://www.DeltaDentalAK.com) | [DeltaDentalOR.com](https://www.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

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

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)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با (TTY: 711) 1-877-605-3229 تماس بگیرید.

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 Sprachassistentendienste 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 (ဇာပိုင်အင်ဒိုနီးရှား အင်္ဂလိပ်စကား) ဝါဒါတို့၏ တို့၏ အင်္ဂလိပ်စကားကို မြန်မာနိုင်ငံရှိ မြန်မာများအတွက် အခမဲ့ ဖြစ်သည်။ 1-877-605-3229 (TTY: 711) နှင့် ခေါ်ဆိုပါ။

ໂປດຊາວ: 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 totogia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti llocano, 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)

¿Tiene preguntas? *Estamos para ayudarlo.*

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

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 del Pacífico

DeltaDentalOR.com