

2023 | 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.



Cuidamos 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 Alaska y del país.



Inscripción simple

Confirme su elegibilidad, busque el plan que le guste e inscríbese en [DeltaDentalAK.com/shop](https://www.DeltaDentalAK.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 of Alaska, tendrá acceso a Delta Dental, 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 dentales dos veces por año



Servicio de atención al cliente superior



Libertad para elegir dentistas

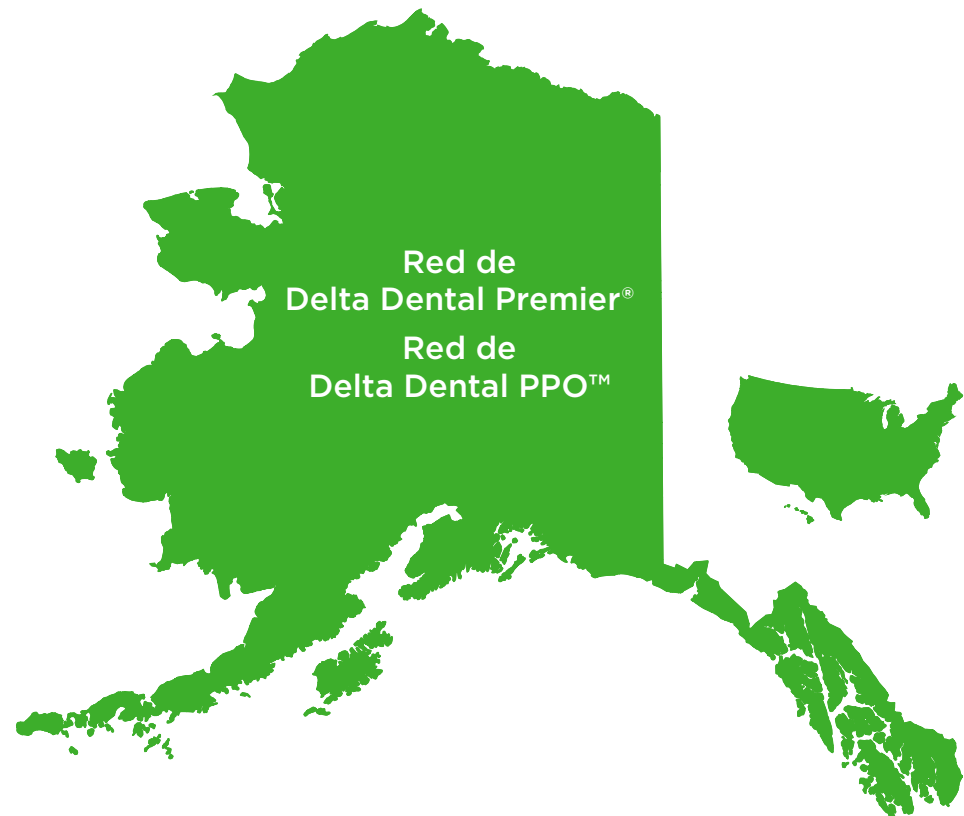
Nuestros planes dentales también incluyen recursos, programas especiales y herramientas útiles en línea para las personas que necesiten atención adicional para sus dientes.



¿Está listo para elegir?
Haga sus selecciones en [DeltaDentalAK.com/shop](https://www.DeltaDentalAK.com/shop).

Redes de Delta Dental vaya donde vaya

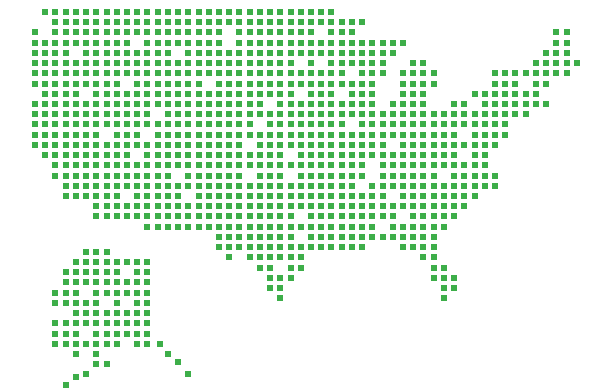
Acceso a miles de dentistas en todo el estado y el país. Los dentistas dentro de la red aceptan nuestras tarifas como pago total, así ahorra costos de desembolso.



Red de Delta Dental PPO™

Amplia variedad de dentistas para elegir.

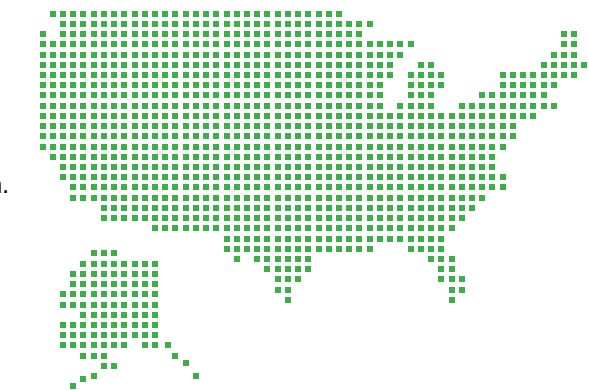
Posibles ahorros dentro la red = \$\$\$



Red de Delta Dental Premier®

Más opciones con la mayor red en Oregón.

Posibles ahorros dentro la red = \$\$



Con el plan Delta Dental PPO™, recibe beneficios dentro de la red cuando se atiende con un dentista de la red de este plan. En cuanto a los beneficios fuera de la red, puede ahorrar dinero atendiéndose con proveedores de la red de Delta Dental Premier®. En ambos casos, los proveedores aceptan las tarifas en virtud del contrato con Delta Dental. Por lo tanto, no habrá ningún cargo adicional en la facturación del saldo.



Verifique si su dentista está en la red en modahealth.com. Luego, haga clic en "Busque atención" (Find Care) y seleccione su red dental.

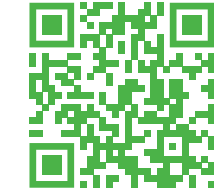


Tabla de beneficios del plan dental para 2023

| | Plan Delta Dental Premier® | Plan Delta Dental Premier® Healthy Smiles | Plan Delta Dental PPO™ 1000 | Plan Delta Dental PPO™ 1500 |
|--|--|---|--|--|
| Dentro de la red, usted paga: | | | | |
| Costos por año calendario | | | | |
| Deducible por persona | \$0 | \$0 | \$50 (corresponde a todas las edades) | |
| Deducible por familia | N/C | N/C | \$150 (corresponde a todas las edades) | |
| Máximo anual (a partir de los 19 años) | \$1,100 | N/C | \$1,000 | \$1,500 |
| Desembolso máximo (menores de 19 años) | \$375 para un solo miembro/ \$750 para dos o más miembros | | \$375 para un solo miembro/ \$750 para dos o más miembros | |
| Miembros menores de 19 años/A partir de los 19 años | | | | |
| Clase 1 | | | | |
| Exámenes y radiografías | 30 %/20 % | 30 %/Sin cobertura | 0 % | 0 % |
| Limpiezas dentales | 30 %/20 % | 30 %/Sin cobertura | 0 % | 0 % |
| Mantenimiento periodontal | 30 %/20 % | 30 %/Sin cobertura | 0 % | 0 % |
| Selladores | 30 %/20 % | 30 %/Sin cobertura | 0 % | 0 % |
| Fluoruro tópico ¹ | 30 %/20 % ¹ | 30 %/Sin cobertura | 0 %/0 % ¹ | 0 %/0 % ¹ |
| Clase 2 | | | | |
| Mantenedores de espacio | 70 %/Sin cobertura | 70 %/Sin cobertura | 50 % después del deducible/ Sin cobertura | 50 % después del deducible/ Sin cobertura |
| Rellenos para restauración dental ² | 70 %/35 % ² | 70 %/Sin cobertura | 50 % después del deducible/ 20 % después del deducible ² | 50 % después del deducible/ 20 % después del deducible ² |
| Clase 3 | | | | |
| Cirugía oral ³ | 70 %/50 % ³ | 70 %/Sin cobertura | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ |
| Endodoncia ³ | 70 %/50 % ³ | 70 %/Sin cobertura | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ |
| Periodoncia ³ | 70 %/50 % ³ | 70 %/Sin cobertura | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ |
| Coronas para restauración dental ³ | 70 %/50 % ³ | 70 %/Sin cobertura | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ |
| Puentes ³ | 70 %/50 % ³ | 70 %/Sin cobertura | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ |
| Dentaduras postizas parciales o completas ³ | 70 %/50 % ³ | 70 %/Sin cobertura | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ |
| Anestesia ³ | 70 %/50 % ³ | 70 %/Sin cobertura | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ | 70 % después del deducible/ 50 % después del deducible ³ |
| Ortodoncia ⁵ | 70 % ⁵ /Sin cobertura | 70 % ⁵ /Sin cobertura | 70 % después del deducible/ deducible ⁵ / Sin cobertura | 70 % después del deducible/ deducible ⁵ / Sin cobertura |
| Características | | | | |
| Red de proveedores | Red de Delta Dental Premier | | Red de Delta Dental PPO | |

| | Plan Delta Dental Premier® Preventive Alaska Mandated |
|--|--|
| Costos por año calendario | |
| Deducible por persona | \$25 (corresponde a todas las edades) |
| Deducible por familia | \$75 (corresponde a todas las edades) |
| Máximo anual (a partir de los 19 años) | \$500 (corresponde a todas las edades) |
| Desembolso máximo (menores de 19 años) | N/C |
| Clase 1 | Miembros menores de 19 años/A partir de los 19 años |
| Exámenes y radiografías | 0 % después del deducible |
| Limpiezas dentales | 0 % después del deducible |
| Mantenimiento periodontal | 0 % después del deducible |
| Selladores | 0 % después del deducible |
| Fluoruro tópico ¹ | 0 % después del deducible/ 0 % después del deducible ⁶ |
| Mantenedores de espacio (sin cobertura para miembros mayores de 14 años) | 0 % después del deducible ⁴ / Sin cobertura |
| Clase 2 | |
| Cirugía oral ² | 90 % después del deducible ² |
| Endodoncia ² | 90 % después del deducible ² |
| Periodoncia ² | 90 % después del deducible ² |
| Rellenos para restauración dental ² | 90 % después del deducible ² |
| Clase 3 | |
| Coronas para restauración dental ³ | 90 % después del deducible ³ |
| Puentes ³ | 90 % después del deducible ³ |
| Dentaduras postizas parciales y completas ³ | 90 % después del deducible ³ |
| Anestesia ³ | 90 % después del deducible ² |
| Ortodoncia | Sin cobertura |
| Características | |
| Red de proveedores | Red de Delta Dental Premier |

Para ver los resúmenes detallados de estos planes, use el código QR.



- ¹ Limitado a 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 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 2023.
- 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 2023.
- ⁴ Sin cobertura a partir de los 14 años.
- ⁵ Solo se cubre la ortodoncia médicamente necesaria.
- ⁶ Con cobertura una vez cada 6 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.

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, 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 Customer Service at:

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

Dave Nessler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

Dave Nessler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

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.

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۔ 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)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ 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 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。

अगत्यनुं: जो तमे (भाषांतर करेले भाषा अर्छी दर्शावो) बोवो छो तो ते भाषामां तमारे माटे विना मूख्ये सहाय उपलब्ध छे. 1-877-605-3229 (TTY: 711) पर कॉल करे

ໂປດຊາບ: 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 ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIISA: 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)

Dental plans in Oregon provided by Oregon Dental Service, dba Delta Dental Plan of Oregon. Dental plans in Alaska provided by Delta Dental of Alaska. 0569 (8/20)



Individual y familiar

Pequeños grupos

Grandes grupos

¿Tiene preguntas? *Estamos aquí para ayudar.*

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 estándar del Pacífico)

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