

# Opciones de planes individuales y familiares **Resumen**



Ofrecemos todo lo que usted esperaría, y más, en nuestras opciones de planes individuales y familiares:

 **Tarifas competitivas**  
con pagos mensuales automáticos

 **La libertad de elegir**  
cualquier dentista de nuestra amplia red

 **Cobertura de calidad**  
opciones para toda su familia

 **Excelente**  
servicio al cliente

LA MAYOR COBERTURA DE LA MÁS AMPLIA SELECCIÓN DE PROVEEDORES EN NUESTRA RED.

## GrinWell Prime<sup>SM</sup>

- + Beneficios dentales de primera categoría.
- + Máximo anual de **\$2,000** por período de beneficios.
- + Beneficios de ortodoncia disponibles para niños y adultos.
- + Cobertura familiar por aproximadamente **\$230\*** al mes.

DISEÑADO PENSANDO EN SU SONRISA MÁS SALUDABLE.

## GrinWell Plus<sup>SM</sup>

- + Sin costos de su bolsillo para atención preventiva.
- + los máximos de cobertura aumentan cada año durante los primeros tres años, hasta **\$1,500**.
- + Cobertura familiar por aproximadamente **\$153\*** al mes.

EL PLAN CLEAR ESTÁ DISEÑADO PARA ELIMINAR LAS CONJETURAS DE LOS GASTOS DENTALES.

## Clear Plan<sup>SM</sup>

- + Sepa cuál será su costo por un servicio antes de ir al dentista.
- + Sin períodos de espera para que comiencen los beneficios.
- + Sin porcentajes de los que deba preocuparse.
- + Cobertura familiar por aproximadamente **\$140\*** al mes.

BENEFICIOS DENTALES ASEQUIBLES QUE CUBREN LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y LOS SERVICIOS BÁSICOS.

## GrinWell Essential<sup>SM</sup>

- + Copagos bajos.
- + Pague un porcentaje por servicios como empastes y extracciones.
- + Cobertura familiar por aproximadamente **\$90\*** al mes.

NUESTRO PLAN DENTAL MÁS ASEQUIBLE.

## GrinWell Prevent<sup>SM</sup>

- + Sin costos de su bolsillo para servicios preventivos.
- + Sin copagos.
- + Máximos anuales ilimitados.
- + Cobertura familiar por aproximadamente **\$67\*** al mes.

## Plan de descuento de ortodoncia



- + los miembros reciben una tarifa con descuento para tratamiento de ortodoncia para adultos y niños.
- + **Este es un servicio de valor agregado y no es un seguro.**

Delta Dental of Idaho cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-(800) 356-7586. 注意:如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-(800) 356-7586

◀ Consulte el interior para ver una comparación lado a lado de los beneficios del plan.

# ¿Por qué elegir **Delta Dental?**

*Nos apasionan las personas y su salud bucal.*

 **Líder en beneficios dentales**  
Delta Dental of Idaho es el líder estatal en beneficios dentales.

 **50 años**  
Protegiendo sonrisas por más de 50 años.

 **Servicio al cliente**  
Agentes locales de servicio al cliente atentos.

 **Beneficios excepcionales**

 **Procesamiento fácil de reclamos**

 **152,000+**  
Más de 152,000 dentistas participantes en todo el país.

 **80 millones**  
Delta Dental cubre a más de 90 million personas en todo el país.\*



## Estamos aquí para ayudarlo.

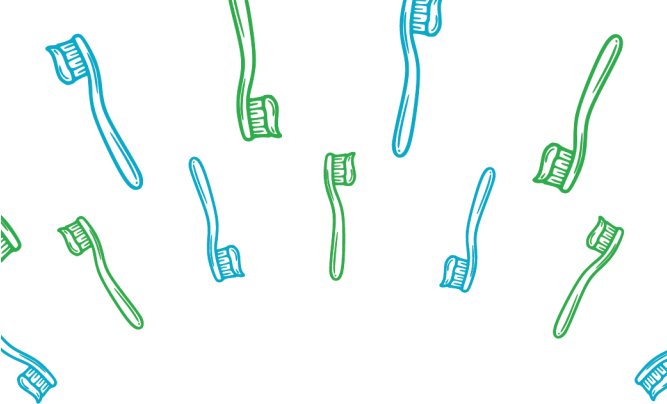
Tener un buen plan de beneficios dentales ayuda a promover una sonrisa saludable; también puede mejorar mucho la salud general y la productividad de una persona.

**Obtenga más información. Obtenga una cotización. O inscríbese.**

Visite [www.deltadentalid.me](http://www.deltadentalid.me) o llame al 1-855-713-3582 hoy mismo.

Los servicios destacados en este folleto representan una lista parcial de los servicios cubiertos. Puede haber límites en cómo muchas veces los participantes pueden usar ciertos servicios en un año. Consulte las pólizas/contratos de Delta Dental para ver una lista completa de beneficios y servicios y el costo de estos servicios, que puede encontrar en [www.deltadentalid.me](http://www.deltadentalid.me).

\*deltadental.com



# Sonría



Estamos aquí para ayudarlo.



DELTA DENTAL OF IDAHO

## Planes dentales de 2027 para individuos y familias



**¡Sonría!** Aquí están sus opciones de planes dentales de calidad del proveedor de beneficios dentales que prefiera del país.

Comparación rápida de los beneficios del plan y lo que usted paga

| Beneficio del plan                                      | GrinWell Prime <sup>SM</sup>                                          | GrinWell Plus <sup>SM</sup>             | Clear Plan <sup>SM</sup>                                        | GrinWell Essential <sup>SM</sup>                             | GrinWell Prevent <sup>SM</sup> |                              |         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------|-----------|
| Limpiezas                                               | 0%                                                                    | 0%                                      | \$60<br><br>(Servicios preventivos cubiertos dos veces por año) | Copago de \$15 por visita                                    | 0%                             |                              |         |           |
| Exámenes                                                | 0%                                                                    | 0%                                      |                                                                 |                                                              | 0%                             |                              |         |           |
| Radiografías de aleta de mordida                        | 0%                                                                    | 0%                                      |                                                                 |                                                              | 0%                             |                              |         |           |
| Empastes                                                | 20%<br>(período de espera de 6 meses)*                                | 20%<br>(período de espera de 6 meses)*  | \$90<br>(uno cada 2 años por diente)                            | \$15 de copago, luego 50%<br>(período de espera de 6 meses)* | No está cubierto               |                              |         |           |
| Extracciones no quirúrgicas                             | 40%<br>(período de espera de 6 meses)*                                | 50%<br>(período de espera de 6 meses)*  | \$80                                                            | \$15 de copago, luego 50%<br>(período de espera de 6 meses)* | No está cubierto               |                              |         |           |
| Coronas                                                 | 50%<br>(período de espera de 12 meses)*                               | 50%<br>(período de espera de 12 meses)* | \$500<br>(uno cada 12 meses)                                    | No está cubierto                                             | No está cubierto               |                              |         |           |
| Tratamientos de conducto                                | 40%<br>(período de espera de 12 meses)*                               | 50%<br>(período de espera de 12 meses)* | \$400<br>(dos cada 12 meses)                                    | No está cubierto                                             | No está cubierto               |                              |         |           |
| Implantes                                               | 50%<br>(período de espera de 12 meses)*                               | 50%<br>(período de espera de 12 meses)* | \$1,250<br>(uno cada 12 meses)                                  | No está cubierto                                             | No está cubierto               |                              |         |           |
| Ortodoncia para adultos/niños                           | 50%<br>Máximo vitalicio de \$1,000<br>(período de espera de 6 meses)* | No está cubierto                        | No está cubierto                                                | No está cubierto                                             | No está cubierto               |                              |         |           |
| Comparación de planes                                   |                                                                       |                                         |                                                                 |                                                              |                                |                              |         |           |
| Máximo que paga el plan<br>(por período de beneficios)  | \$2,000                                                               | \$1,000<br>Año 1                        | \$1,250<br>Año 2                                                | \$1,500<br>Año 3                                             | \$1,250<br>Año 1               | Ilimitado<br>Años siguientes | \$1,250 | Ilimitado |
| Deducible (por período de beneficios)                   | \$0                                                                   | \$0                                     | \$0                                                             | \$0                                                          | \$0                            | \$0                          | \$0     | \$0       |
| Copago por procedimiento<br>(por período de beneficios) | \$0                                                                   | \$0                                     | Varía                                                           | \$15                                                         | \$0                            | \$0                          | \$0     | \$0       |
| Se requiere contrato anual                              | Sí                                                                    | Sí                                      | Sí                                                              | Sí                                                           | Sí                             | Sí                           | Sí      | Sí        |
| Complemento del programa HOW®                           | Sí                                                                    | Sí                                      | No                                                              | Sí                                                           | Sí                             | Sí                           | Sí      | Sí        |
| Tarifas (primas) por grupo de edad                      |                                                                       |                                         |                                                                 |                                                              |                                |                              |         |           |
| 0-18                                                    | \$78.52                                                               | \$48.48                                 | \$39.78                                                         | \$30.15                                                      | \$23.29                        | \$23.29                      | \$23.29 | \$23.29   |
| 19-24                                                   | \$68.06                                                               | \$48.48                                 | \$39.78                                                         | \$29.59                                                      | \$21.86                        | \$21.86                      | \$21.86 | \$21.86   |
| 25-34                                                   | \$71.69                                                               | \$50.21                                 | \$45.30                                                         | \$29.71                                                      | \$21.86                        | \$21.86                      | \$21.86 | \$21.86   |
| 35-44                                                   | \$75.76                                                               | \$52.29                                 | \$49.97                                                         | \$29.71                                                      | \$22.82                        | \$22.82                      | \$22.82 | \$22.82   |
| 45-54                                                   | \$85.29                                                               | \$59.45                                 | \$54.53                                                         | \$30.65                                                      | \$24.09                        | \$24.09                      | \$24.09 | \$24.09   |
| 55-64                                                   | \$91.53                                                               | \$63.56                                 | \$58.30                                                         | \$32.76                                                      | \$25.04                        | \$25.04                      | \$25.04 | \$25.04   |
| 65+                                                     | \$94.84                                                               | \$66.07                                 | \$60.15                                                         | \$33.94                                                      |                                |                              |         |           |

\*para calificar para períodos de espera exentos, usted debe tener 12 meses consecutivos de cobertura dental sin ninguna interrupción de más de 30 días.

Tenga en cuenta: Las primas mensuales pueden ser diferentes según la elección del plan, la edad y la cantidad de personas aseguradas. Los diseños de los planes y las tarifas pueden cambiar.

Visite nuestro sitio web en [deltadentalid.me](https://deltadentalid.me) o llame al 1-855-713-3582 para obtener la información y las tarifas más recientes de los planes. Puede haber límites en cómo muchas veces puede usar ciertos servicios en un año.

Consulte el plan para conocer los aspectos específicos de la cobertura. Los planes certificados por el Exchange también están disponibles; visite [www.deltadentalid.me](https://www.deltadentalid.me) para obtener más información.

Delta Dental of Idaho cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-356-7586.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-(800) 356-7586

¿Tiene preguntas sobre nuestros planes?



¿Quién puede comprar un plan?

La cobertura está disponible para todos los residentes permanentes de Idaho. Los cónyuges o hijos dependientes también son elegibles. La cobertura puede ser comprada por personas, grupos familiares de dos personas o familias.

¿Puedo tener mi propio dentista?

Puede recibir atención de cualquier dentista con licencia. Sin embargo, para recibir los beneficios de su plan, debe elegir un dentista participante de Delta Dental PPO™ o Delta Dental Premier®. La mayoría de los dentistas en Idaho forman parte de una o ambas de nuestras redes.

Encuentre el suyo visitando [deltadentalid.me](https://deltadentalid.me).

¿Puedo obtener cobertura dental si formo parte de un plan de Medicare?

Sí. Los planes de Delta Dental ayudan a surtir las brechas de cobertura dental en Medicare, ya que las Partes A y B por lo general no cubren la atención dental de rutina y los beneficios de Medicare Advantage varían. Los períodos anuales de inscripción de Medicare no se aplican a la cobertura dental, por lo que puede inscribirse en cualquier momento durante el año.

¿Es fácil inscribirse?

¡Sí! La manera más rápida de inscribirse es visitar nuestro sitio web en [deltadentalid.me](https://deltadentalid.me) o llamarnos gratis al 1-855-713-3582, de lunes a jueves, de 8 a. m. a 5 p. m., o de 8 a. m. a 4 p. m. los viernes, hora de la montaña.



¿Qué sucede cuando viajo?

La cobertura de Delta Dental va con usted adonde vaya, dentro o fuera de Idaho, incluso con estudiantes universitarios mientras viajan por todo el país. Tendrá tranquilidad al saber que sus necesidades dentales están cubiertas.

¿Qué tan pronto puedo tener cobertura?

Puede inscribirse en cualquier momento del año. Una vez inscrito, la cobertura comienza el día 1 del mes siguiente.

¿Tengo que esperar para tener cobertura para procedimientos mayores?

Si ha tenido al menos 12 meses consecutivos de cobertura dental previa sin una interrupción de más de 30 días, se eliminan todos los períodos de espera.

¿Ha estado sin cobertura por más de 30 días? No hay problema. Nuestro Clear Plan ofrece cobertura integral sin períodos de espera, por lo que puede recibir la atención que necesita de inmediato.

Costos simples. Beneficios por adelantado.

Nuestro Clear Plan simplifica la atención dental sin períodos de espera, sin deducible y con copagos predecibles en los que puede confiar. Use estos beneficios de inmediato y pague los copagos fijos por los servicios cubiertos.