

Compañía de seguros	Blue Cross Dental		Blue Cross Dental	
Nombre del plan	Blue Cross Dental Direct Basic		Blue Cross Dental Direct Standard	
Prima mensual (Tarifa para 18 años)	\$22.89		\$22.89	
Prima mensual (Tarifa para 40 años)	\$16.26		\$21.00	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$20.33		\$26.25	
Cobertura fuera de la red	Sí, igual que dentro de la red		Sí, igual que dentro de la red	
	Menor de 19	Mayor de 19	Menor de 19	Mayor de 19
Gastos máximos de su bolsillo	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A
Beneficio máximo anual	N/A	\$1000 Individual / por persona	N/A	\$1000 Individual / por persona
Deducible	\$150	N/A	\$150	N/A
Deducible familiar	\$150	N/A	\$150	N/A
Períodos de espera para ciertos servicios *consulte los servicios específicos en el resumen del plan	No	No	No	12 meses según el servicio
Examen Oral	\$0	\$0	\$0	\$0
Limpiezas	\$0	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamientos con Fluoruro	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Selladores	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Mantenedores de espacio	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Rellenos	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	40%
Extracciones simples	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	40%
Tratamiento menor para el dolor	20%	50%	20%	40%
Coronas e incrustaciones onlay	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	No está cubierto
Tratamiento del conducto radicular	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	40%
Periodontal no quir.	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	No está cubierto
Periodontal quir.	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	No está cubierto
Puentes y postizos	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	No está cubierto
Implantes de un solo diente	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	No está cubierto
Ortodoncia médicamente necesaria	50% tras deducible	No está cubierto	50% tras deducible	No está cubierto
Ortodoncia electiva	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Protector nocturno	50%	50%	50%	50%
Cirugía oral	75% tras deducible	No está cubierto	75% tras deducible	40%

Compañía de seguros	Blue Cross Dental		Blue Cross Dental	
Nombre del plan	Blue Cross Dental Direct Plus		Blue Cross Dental Direct Elite	
Prima mensual (Tarifa para 18 años)	\$37.35		\$37.35	
Prima mensual (Tarifa para 40 años)	\$34.67		\$44.98	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$43.34		\$56.23	
Cobertura fuera de la red	Sí, igual que dentro de la red		Sí, igual que dentro de la red	
	Menor de 19	Mayor de 19	Menor de 19	Mayor de 19
Gastos máximos de su bolsillo	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A
Beneficio máximo anual	N/A	\$1500 Individual / por persona	N/A	\$2000 Individual / por persona
Deducible	\$25	N/A	\$25	N/A
Deducible familiar	\$25	N/A	\$25	N/A
Períodos de espera para ciertos servicios *consulte los servicios específicos en el resumen del plan	No	12 meses según el servicio	No	12 meses según el servicio
Examen Oral	\$0	\$0	\$0	\$0
Limpiezas	\$0	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamientos con Fluoruro	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Selladores	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Mantenedores de espacio	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Rellenos	50% tras deducible	20%	50% tras deducible	20%
Extracciones simples	50% tras deducible	20%	50% tras deducible	20%
Tratamiento menor para el dolor	20%	\$0	20%	\$0
Coronas e incrustaciones onlay	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	50%
Tratamiento del conducto radicular	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	20%
Periodontal no quir.	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	20%
Periodontal quir.	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	50%
Puentes y postizos	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	50%
Implantes de un solo diente	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	50%
Ortodoncia médicamente necesaria	50% tras deducible	No está cubierto	50% tras deducible	No está cubierto
Ortodoncia electiva	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Protector nocturno	50%	50%	50%	50%
Cirugía oral	50% tras deducible	50%	50% tras deducible	20%

Compañía de seguros	Delta Dental		Delta Dental	
	Menor de 19	Mayor de 19	Menor de 19	Mayor de 19
Nombre del plan	Delta Dental Individual and Family - Starter Plan		Delta Dental Individual and Family - Value Plan	
Prima mensual (Tarifa para 18 años)	\$28.88		\$28.88	
Prima mensual (Tarifa para 40 años)	\$24.26		\$40.38	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$28.38		\$51.38	
Cobertura fuera de la red	No, Beneficios limitados solo a los dentistas participantes		No, Beneficios limitados solo a los dentistas participantes	
Gastos de su bolsillo máximos	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A
Beneficio anual máximo	N/A	\$1200 Individual / por persona	N/A	\$1500 Individual / por persona
Deducible	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
Deducible familiar	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
Periodos de espera para determinados servicios *consulte los servicios específicos en el resumen del plan	No	No	No	12 meses para determinados servicios
Revisiones bucodentales	\$0	\$0	\$0	\$0
Limpiezas	\$0	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamientos con Fluoruro	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Selladores	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Mantenedores de espacio	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Empastes	50%	50%	50%	20%
Extracciones simples	50%	50%	50%	20%
Tratamiento menor para el dolor	50%	50%	50%	20%
Coronas e incrustaciones onlay	50%	No está cubierto	50%	50%; se aplica periodo de espera
Tratamiento del conducto radicular	50%	50%	50%	20%
Periodontal no quir.	50%	50%	50%	20%
Periodontal quir.	50%	No está cubierto	50%	50%; se aplica periodo de espera
Puentes y postizos	50%	No está cubierto	50%	No está cubierto
Implantes de un solo diente	50%	No está cubierto	50%	No está cubierto
Ortodoncia médicamente necesaria	50%; requiere aut. previa	No está cubierto	50%; requiere aut. previa	No está cubierto
Ortodoncia electiva	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Protector nocturno	50%	50%	50%	50%
Cirugía oral	50%	50%	50%	20%

Compañía de seguros	Delta Dental	
Nombre del plan	Delta Dental Individual and Family - Value Plus Plan	
Prima mensual (Tarifa para 18 años)	\$28.88	
Prima mensual (Tarifa para 40 años)	\$50.21	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$68.34	
Cobertura fuera de la red	No, Beneficios limitados solo a los dentistas participantes	
	Menor de 19	Mayor de 19
Gastos de su bolsillo máximos	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A
Beneficio anual máximo	N/A	\$2500 Individual / por persona
Deducible	\$25	\$25
Deducible familiar	\$75	\$75
Períodos de espera para determinados servicios *consulte los servicios específicos en el resumen del plan	No	12 meses para determinados servicios
Revisiones bucodentales	\$0	\$0
Limpiezas	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0
Tratamientos con Fluoruro	\$0	No está cubierto
Selladores	\$0	No está cubierto
Mantenedores de espacio	\$0	No está cubierto
Empastes	50%	20% tras deducible
Extracciones simples	50%	20% tras deducible
Tratamiento menor para el dolor	50%	20% tras deducible
Coronas e incrustaciones onlay	50%	50%; tras deducible, se aplica período de espera
Tratamiento del conducto radicular	50%	20% tras deducible
Periodontal no quir.	50%	20% tras deducible
Periodontal quir.	50%	50%; tras deducible, se aplica período de espera
Puentes y postizos	50%	50%; tras deducible, se aplica período de espera
Implantes de un solo diente	50%	50%; tras deducible, se aplica período de espera
Ortodoncia médicamente necesaria	50%; requiere aut. previa	No está cubierto
Ortodoncia electiva	No está cubierto	No está cubierto
Protector nocturno	50%	50% tras deducible
Cirugía oral	50%	20% tras deducible