

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)	\$22.40		\$22.40	
Prima mensual (Tarifa para 40 años)	\$16.77		\$22.29	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$20.96		\$27.86	
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 dependiendo del servicio
Examen Oral	\$0	\$0	\$0	\$0
Limpiezas	\$0	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamientos con Flúoruro	\$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% después del deducible	50%	50% después del deducible	40%
Extracciones simples	75% después del deducible	No está cubierto	75% después del deducible	40%
Tratamiento menor para el dolor	20%	50%	20%	40%
Coronas e incrustaciones onlay	75% después del deducible	No está cubierto	75% después del deducible	No está cubierto
Terapia de endodoncia	75% después del deducible	No está cubierto	75% después del deducible	40%
Periodontal no Quirúrgico	75% después del deducible	No está cubierto	75% después del deducible	No está cubierto
Periodontal Quirúrgico	75% después del deducible	No está cubierto	75% después del deducible	No está cubierto
Puentes y Dentaduras postizas	75% después del deducible	No está cubierto	75% después del deducible	No está cubierto
Implantes de un solo diente	75% después del deducible	No está cubierto	75% después del deducible	No está cubierto
Ortodoncia médicamente necesaria	50% después del deducible	No está cubierto	50% después del 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 % después del deducible	No está cubierto	75% después del 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)	\$36.54		\$36.54	
Prima mensual (Tarifa para 40 años)	\$34.56		\$47.82	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$43.20		\$59.77	
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	\$50
Deducible familiar	\$25	N/A	\$25	\$50
Períodos de espera para ciertos servicios *consulte los servicios específicos en el resumen del plan	No	12 meses dependiendo del servicio	No	12 meses dependiendo del servicio
Examen Oral	\$0	\$0	\$0	\$0
Limpiezas	\$0	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamientos con Flúoruro	\$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% después del deducible	20%	50% después del deducible	20% después del deducible
Extracciones simples	50% después del deducible	20%	50% después del deducible	20% después del deducible
Tratamiento menor para el dolor	20%	\$0	20%	\$0
Coronas e incrustaciones onlay	50% después del deducible	50%	50% después del deducible	50% después del deducible
Terapia de endodoncia	50% después del deducible	50%	50% después del deducible	20% después del deducible
Periodontal no Quirúrgico	50% después del deducible	50%	50% después del deducible	20% después del deducible
Periodontal Quirúrgico	50% después del deducible	50%	50% después del deducible	50% después del deducible
Puentes y Dentaduras postizas	50% después del deducible	50%	50% después del deducible	50% después del deducible
Implantes de un solo diente	50% después del deducible	50%	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia médicamente necesaria	50% después del deducible	No está cubierto	50% después del 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% después del deducible	50%	50% después del deducible	20% después del deducible

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		\$38.05	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$28.38		\$50.46	
Cobertura fuera de la red	No, Beneficios limitados solo a los		No, Beneficios limitados solo a los	
Gastos máximos de su bolsillo	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A	\$350 Individual \$700 Familiar	N/A
Beneficio máximo anual	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
Períodos de espera para ciertos servicios *consulte los servicios específicos en el resumen del plan	No	No	No	12 meses para determinados servicios
Examen Oral	\$0	\$0	\$0	\$0
Limpiezas	\$0	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamientos con Flúoruro	\$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%	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 período de espera
Terapia de endodoncia	50%	50%	50%	20%
Periodontal no Quirúrgico	50%	50%	50%	20%
Periodontal Quirúrgico	50%	No está cubierto	50%	50%; se aplica período de espera
Puentes y Dentaduras postizas	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 autorización previa	No está cubierto	50%; requiere autorización 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		Dentegra	
Nombre del plan	Delta Dental Individual and Family - Value Plus Plan		Dentegra Dental PPO Family Preferred Plan	
Prima mensual (Tarifa para 18 años)	\$28.88		\$32.05	
Prima mensual (Tarifa para 40 años)	\$49.40		\$46.27	
Prima mensual (Tarifa para 60 años)	\$67.24		\$46.27	
Cobertura fuera de la red	No, Beneficios limitados solo a los		Sí, ver resumen del plan	
	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	\$2500 Individual / por persona	N/A	\$1000 Individual / por persona
Deducible	No corresponde	\$25	\$60	\$60
Deducible familiar	No corresponde	\$75	No corresponde	No corresponde
Períodos de espera para ciertos servicios *consulte los servicios específicos en el resumen del plan	No	12 meses para determinados servicios	No	6 a 12 meses para determinados servicios
Examen Oral	\$0	\$0	0%	0%
Limpiezas	\$0	\$0	0%	0%
Radiografías	\$0	\$0	0%	0%
Tratamientos con Flúoruro	\$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%	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Extracciones simples	50%	20% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Tratamiento menor para el dolor	50%	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Coronas e incrustaciones onlay	50%	50% después del deducible, se aplica período de espera	50% después del deducible	50% después del deducible
Terapia de endodoncia	50%	20% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Periodontal no Quirúrgico	50%	20% después del deducible	20%- 50% después del deducible	20%- 50% después del deducible
Periodontal Quirúrgico	50%	50% después del deducible, se aplica período de espera	50% después del deducible	50% después del deducible
Puentes y Dentaduras postizas	50%	50% después del deducible, se aplica período de espera	50% después del deducible	50% después del deducible
Implantes de un solo diente	50%	50% después del deducible, se aplica período de espera	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia médicamente necesaria	50%; requiere autorización previa	No está cubierto	50% después del deducible	No está cubierto
Ortodoncia electiva	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Protector nocturno	50%	50% después del deducible	50% después del deducible	No está cubierto
Cirugía oral	50%	20% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible