


Planes de Seguro Dental | Disponible en el Condado de Whatcom



Si tiene Medicare, póngase en contacto con la oficina de Shiba en 360-788-6533 para una lista de planes de Medicare Advantage que tienen incluye dental.

Este documento puede ser utilizado únicamente como herramienta de información general. Parte de esta información puede variar dependiendo de sus circunstancias o información actual. Para obtener la información más actualizada y precisa, llame al proveedor directamente. Para inscribirse en cualquiera de los planes a continuación, póngase en contacto directamente con la oficina o consultar a un corredor de seguros.

Proveedor	Nombre del plan	Prima mensual		Deducible anual	Cuidado preventivo	Cuidado restaurativo	Dentaduras	Límite dentro de La Red	Información adicional	
Delta Dental 1-855-335-8275 deltadentalcovers.me.com 50 + dentistas participantes en el Condado de Whatcom	Plan básico	\$30,45 edades 18-51 +		Ninguno	El plan cubre el 100% del examen, la limpieza y las radiografías de mordida. 50% de coaseguro para fluoruro tópico	El plan cubre el 50% de los empastes y extracciones quirúrgicas después de 6 meses. (No cubre endodoncia, implantes, limpieza profunda.)	Ninguno	\$1000 por persona por año	Contrato anual requerido \$15 Copago de oficina	
	Plan claro (sólo copagos)	Edad 18 – 50	\$38	Ninguno	Usted paga \$65 (incluye examen, limpieza y mordida de radiografías)	Usted Paga		Usted paga \$740 para las dentaduras desprendibles	Ninguno	Contrato anual requerido
		Edad 26 – 50	\$45			Rellenos	\$115			
		Edad 51 +	\$49			Extracción sin cirugía	\$115			
						Endodoncia	\$535			
		Corona dental	\$740							
		Implantes	\$2600							
	Plan clásico	\$40 edades 18 – 51 +		\$50/ año póliza anual (no se aplica al diagnóstico/ servicios preventivos)	Plan cubre 80% (examen, limpieza, radiografías de mordida y radiografías completas de la boca)	Plan cubre 50% (un período de espera de 12 meses se puede aplicar)	El plan cubre 50% (un período de espera de 12 meses se puede aplicar)	\$1000 por persona por año	No se requiere contrato anual	
	Plan mejorado	\$48,20 18 años – 51 +		\$50/póliza anual (no se aplica a servicios de diagnóstico o preventivos)	Plan cubre 100% (examen, limpieza, radiografías de mordida y radiografías completas de la boca)	Plan cubre 50% (un período de espera de 12 meses se puede aplicar) Limaduras 50% (sin periodo de espera)	El plan cubre 50% (un período de espera de 12 meses se puede aplicar)	\$1000 por persona por año	Contrato anual requerido	
	Plan Premium	\$57,84 18 años – 51 +		\$100/la póliza de por vida sigue vigente (no se aplica a servicios de diagnóstico/ preventivos)	Plan cubre 100% (examen, limpieza, radiografías de mordida y radiografías completas de la boca)	Plan cubre 50% (un período de espera de 12 meses se puede aplicar) Limaduras 50% (sin periodo de espera)		\$2000 por persona por año		

Proveedor	Nombre del plan	Prima mensual		Deducible anual	Cuidados preventivos	Cuidado restaurativo	Dentaduras	Límite dentro de La Red		Información adicional
Dental Health Services 1-800-637-6453 dentalhealthservices.com Las clínicas dentales participantes incluyen Bright Now! y Sunrise dental	SmartSmile	Menores de 18	\$21,50	Ninguno	Usted paga \$7 una visita Más	Ud. Paga:	Ve z cada 5 años, \$425 - \$900 por la placa	Ninguno	Contrato anual requerido. Precio reducido con ortodontista dentro del La Red . Coronas y puentes adicionales tienen un aumento de copago de \$200 por tratamiento	
		Años 18 – 51 +	\$17,75		<i>Limpieza</i>	\$25				<i>Rellenos</i>
	Super SmartSmile	Menores de 18	\$21,50	Ninguno	<i>Examen</i>	\$5	<i>Coronas</i>	\$625		
		Años 18 – 51 +	\$24,25		<i>Radiografías de rayos X</i>	\$13				
LifeMap Assurance Company 1-800-756-4105	10 dental Incentivo	Menores de 18	\$36,98	\$50	La cobertura comienza en 80% y aumenta cada año	La cobertura aumenta cada año y comienza con un 60% de cobertura para servicios restaurativos y 30% de cobertura para servicios importantes.	Cubiertos por los servicios principales	Año 1	\$750	período de espera es 6 meses para reconstituyente y un período de espera de 12 meses para los servicios principales
		Años 18 – 64	\$57,89					Año 2	\$1000	
		Años 65 +	\$62,33					Año 3	\$1250	
	Año 4	\$1500								
Dental basado en el dólar	Manos de 18	\$49,83	Ninguno	Cuberturas del plan: • 100% del primer \$150 total gastado en cuidado • 80% del próximo \$500 total gastado en cuidado • 50% de la atención restante hasta que se alcance el límite	Cuberturas del plan: • 100% del primer \$150 total gastado en cuidado • 80% del próximo \$500 total gastado en cuidado • 50% de la atención restante hasta que se alcance el límite	Sí	Año 1	\$750	período de espera de 6 meses para todos los servicios Opción de visión disponible	
	Años 18 – 64	\$62,22					Año 2	\$1000		
	Años 65 +	\$69,18					Año 3	\$1250		
Año 4	\$1500									
EPO dental individual (sólo en Willamette Dental Group)	\$50,02 todas las edades	Ninguno	Ninguno	Visita de oficina \$15 (examen y limpieza)	Usted paga \$15 para la visita de la oficina + \$30 copago por servicios como rellenos y extracciones simples (el plan cubre el 20%	El plan cubre el 20%	Ninguno	Ninguno	período de espera de 6 meses para todos Ortodoncia	

					de todos los otros servicios)			y algunos servicios importantes
--	--	--	--	--	-------------------------------	--	--	---------------------------------

Proveedor	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible anual	Cuidados preventivos	Cuidado restaurativo	Dentaduras	Límite dentro del La Red	Información adicional
Aflac 1-800-992-3522 Aflac.com Cualquier dentista puede facturar por servicios (Aflac reembolsa MBr) Los beneficios pueden ser usados como un seguro secundario	Cobertura básica	\$30,80 – \$36,90 <i>Estimación: Las primas difieren según la edad.</i>	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> • Plan paga \$25 por limpieza y examen • Plan paga \$10 por rayos x 	Plan paga parte del costo de servicios, Incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • \$30-\$ 60 para rellenos • \$250 para coronas * • \$250 para endodoncia * 6-12 meses de espera Dependiendo en el servicio mayor o menor	Plan paga \$350 por plato *período de espera de 12 meses	\$1200	
	Cobertura estándar	\$39,90 – \$47,90 <i>Estimación: Las primas difieren según la edad.</i>	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> • Plan paga \$50 por limpieza y examen • Plan paga \$25 por rayos x 	El plan paga parte del costo de los servicios, Incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • \$45-85 para rellenos • \$325 para coronas * • \$325 para endodoncia * 6-12 meses de espera Dependiendo en el servicio mayor o menor	Plan paga \$425 por plato * período de espera de 24 meses	\$1400	* período de espera de 12 meses para el cuidado restaurativo ** el plan no cubrirá dentaduras si usted ya está faltando dientes
	Cobertura Premier	\$47,90 – \$57,90 <i>Estimación: Las primas difieren según la edad.</i>	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> • Plan paga \$50 por limpieza y examen • Plan paga \$25 por rayos x 	El plan paga parte del costo de los servicios, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • \$55-120 para rellenos • \$375 para coronas * • \$375 para endodoncia * 6-12 meses de espera Dependiendo en el servicio mayor o menor	Plan paga \$525 por plato * período de espera de 24 meses	\$1600	

Grupo dental Willamette 1-855-4DENTAL	TrueCare Washington Plan uno	Mbr	\$53	Ninguno	Usted paga \$35 cargo por visita de oficina (incluye examen, limpieza y rayos x)	Ud. Paga:		Usted paga \$600 para la dentadura completa (período de espera de 6 meses)	Ninguno	período de espera de 6 meses sobre beneficios para servicios importantes (coronas, puentes y dentaduras) y tratamiento ortodrómico.
		Mbr + pareja	\$106			<i>Especialis ta</i>	\$35			
		Mbr + Niño	\$108,67			<i>Rellenos</i>	\$45 – \$80			
		Mbr, pareja, hijo	\$161,67			<i>Corona</i>	\$500			
	TrueCare Washington Plan dos	Mbr	\$64,85	Ninguno	Usted paga \$25 cargo por visita de oficina (incluye examen, limpieza y rayos x) \$15 cargo por tratamiento fluoruro y sellante	Ud. Paga:		Usted paga \$500 para la dentadura completa (período de espera de 6 meses)	Ninguno	período de espera de 6 meses sobre beneficios para servicios importantes (coronas, puentes y dentaduras) y tratamiento ortodrómico.
		Mbr + pareja	\$129,70			<i>Especialis ta</i>	\$30			
		Mbr + Niño	\$132,95			<i>Rellenos</i>	\$25 – \$80			
		Mbr, pareja, hijo	\$197,80			<i>Corona</i>	\$400			
						<i>Extracción rutinaria</i>	\$75			
						<i>Extracción quirúrgica</i>	\$190			
					<i>Extracción rutinaria</i>	\$50				
					<i>Extracción quirúrgica</i>	\$100				

Proveedor	Nombre del plan	Prima mensual		Deducible anual	Cuidados preventivos	Cuidado restaurativo	Dentaduras	Límite dentro del La Red	Información adicional
Nacional Multiflex Dental multiflexdentalinsurance.com 25 + proveedores en el Condado de Whatcom	Clásica 1500	Mbr	\$58,11	\$50 individual \$150 familia	El plan cubre el 80% de todos los servicios preventivos	El plan cubre el 80% de los servicios menores (rellenos, extracciones y radiografías) El plan cubre el 50% de los servicios principales	Plan paga 50% de los servicios de prótesis dentales (después de 18 meses)	\$1500 Los beneficios pueden ser usados en cualquier dentista.	
		Mbr + 1	\$103,48						
		Mbr + familia	\$165,17						
	Clásica Selecta1500	Mbr	\$38,60	\$50 individual \$150 familia	El plan cubre el 100% de los servicios preventivos	Plan cubre 80% en el La Red y 70% fuera de el La Red para servicios restaurativos Plan cubre 60% dentro del La Red /50% fuera de el La Red de los principales servicios	Plan Paga 60% en el La Red 50% fuera de el La Red	\$1500 Este plan utiliza el La Red de atención máxima.	
		Mbr + 1	\$66,07						
		Mbr + familia	\$102,98						
	Clásica 2000	Mbr	\$62,20	\$50 individual \$150 familia	El plan cubre el 80% de los servicios preventivos	El plan cubre el 80% de los servicios menores (llenado, extracciones y radiografías) El plan cubre el 50% de los principales servicios dentales	Plan paga 50% de los servicios de prótesis dentales	\$2000 Puede ser utilizado en cualquier dentista.	
		Mbr + 1	\$111,20						
		Mbr + familia	\$177,83						
	Clásica Selecta 2000	Mbr	\$41,76	\$50 individual \$150 familia	El plan cubre el 100% de servicios preventivos.	Plan cubre 80% en el La Red y 70% fuera de el La Red para servicios restaurativos Plan cubre 60% dentro de el La Red o 50% fuera de el La Red para los servicios principales	Plan Paga 60% en el La Red 50% fuera de el La Red	\$2000 Este plan utiliza la red de atención máxima.	
		Mbr + 1	\$71,97						
		Mbr + familia	\$112,58						
	Ventaja PPO	Mbr	\$20,35	Ninguno	El plan cubre el 100% de los servicios preventivos	No cubre servicios dentales restauradores o importantes <i>Se aplican descuentos de el La Red</i>	No es un beneficio <i>Se aplican descuentos de el La Red</i>	\$300 Este plan utiliza el La Red de atención máxima.	
		Mbr + 1	\$32,65						
		Mbr + familia	\$55,75						

Proveedor	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible anual	Preventiva Cuidado	Cuidado restaurativo	Dentaduras	Límite dentro del La Red	Información adicional
<p>* sólo veteranos *</p> <p>Delta Dental Veterans Affairs Dental Insurance Program</p> <p>deltadentalvadip.org</p> <p>más de 50 proveedores en el Condado de Whatcom</p>	Mejorado	<ul style="list-style-type: none"> •Veterano solamente: \$26,05 •CHAMPVA + 1: \$52,10 •CHAMPVA + 2: \$78,50 	\$50 deducible renunciado para diagnóstico + servicios preventivos	Plan cubre 100% dentro del La Red (80% fuera del La Red)	<p>Cubre 50% de servicios básicos de restauración + extracciones estándar</p> <p>50% de endodoncia + Periodontic después de 1 año período de espera.</p> <p>Sin coronas.</p>	No es un beneficio	\$1000	<p>Las extracciones simples son cubiertas solamente en cirugía oral</p> <p>período de espera de 12 meses para cirugía bucal restaurador + servicios de prótesis</p>
	Completa	<ul style="list-style-type: none"> •Veterano solamente: \$45,16 •CHAMPVA + 1: \$90,32 •CHAMPVA + 2: \$135,48 	Ninguno en el La Red	Plan cubre 100% dentro del La Red (80% fuera del La Red)	<p>Cubre 60% de la atención básica restaurativa</p> <p>Cubre 50% de extracciones estándar, endodontic, Periodontic.</p>	Dentro del La Red : Cubre 50% del coste después de 1 año	\$1500	
	Principal	<ul style="list-style-type: none"> •Veterano solamente: \$56,41 •CHAMPVA + 1: \$112,82 •CHAMPVA + 2: \$169,23 	Sin deducible en el La Red	Plan cubre 100% dentro del La Red (90% fuera del La Red)	<p>Cubre 70% de la atención básica restaurativa</p> <p>Cubre 70% de extracciones estándar, 50% de endodoncia, Periodontic.</p>	Dentro del La Red : Cubre el 50% del coste después de 1 año	\$3000	