



Delta Dental of Minnesota Individual and Family™

Planes A-D de 2026

La diferencia Delta Dental:

Mayor acceso a la atención y más ahorros de costos con una de las mayores redes dentales del país.

| | Integral \$2,000 PLAN A | Integral \$1,200 PLAN B | Opción Básica PLAN C | Integral + Ortodoncia PLAN D |
|---|--|-------------------------------|---|--|
| DEDUCIBLE Y MÁXIMO ANUAL | | | | |
| Máximo del año del plan Por persona/por año calendario | \$2,000 | \$1,200 | \$750 | \$1,500 |
| Deductible Por persona/por año calendario <i>No se aplica a servicios de diagnóstico ni de prevención.</i> | \$50 | \$100 | \$100 | \$50 |
| REDES DENTALES | | | | |
| Redes dentales | Delta Dental PPO™, Delta Dental Premier® | | | |
| SERVICIOS CUBIERTOS EN LA FECHA DE INICIO DEL PLAN | | | | |
| Servicios de diagnóstico y prevención | | | | |
| • Exámenes, limpiezas, incluido el mantenimiento periodontal: 2 por año calendario • Radiografías | 100% | 80% | 100% | 100% |
| Servicios básicos | | | | |
| • Empastes | 50% | 50% | 50% <small>* Se aplica un período de espera de 3 meses</small> | 80% |
| Endodoncia/cirugía bucal | | | | |
| • Conductos radiculares • Extracciones | 50% | 50% | No cubierto | 50% |
| SERVICIOS CUBIERTOS TRAS EL PERÍODO DE ESPERA* | | 9 MESES | 12 MESES | NO CUBIERTO |
| Periodoncia | | | | |
| • Tratamiento de las enfermedades de las encías, 50% del tratamiento quirúrgico/no quirúrgico | 50% | 50% | No cubierto | 50% |
| Servicios de restauración mayor | | | | |
| • Coronas | 50% | 50% | No cubierto | 50% |
| Prostodoncia | | | | |
| • Servicios protésicos extraíbles, dentaduras postizas y parciales • Puentes | 50% | 50% | No cubierto | 50% |
| Cobertura de ortodoncia para niños | | | | |
| • Cobertura de ortodoncia desde los 8 a los 18 años de edad | No cubierto | No cubierto | No cubierto | 50% <small>* Límite máximo de por vida de \$1,000</small> |
| Implantes | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| TARIFAS | | | | |
| Suscriptor | \$62.87 | \$45.76 | \$37.33 | \$65.15 |
| Suscriptor + 1 | \$122.04 | \$90.25 | \$76.22 | \$135.19 |
| Familia | \$226.52 | \$165.83 | \$139.03 | \$245.07 |

¿No sabe qué plan se adapta mejor a sus necesidades?

Visite DeltaDentalMN.org/Shop Chatee con un agente autorizado Llame al 1-866-764-5350

* Los períodos de espera se pueden eximir con una cobertura de seguro dental anterior comparable. Se aplican algunas restricciones.

Este es solamente un resumen de los beneficios. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte los detalles del plan dental.
© 2026 Delta Dental of Minnesota y sus afiliadas. Todos los derechos reservados. Delta Dental of Minnesota es un licenciatario autorizado de Delta Dental Plans Association of Chicago, Illinois.

DDMN.9.1.25