

Planes Individuales y Familiares Delta Dental 2026

Planes dentales individuales asequibles diseñados para usted y su familia.

Delta Dental de Kansas ofrece planes dentales con seguro completo para personas y familias. Cuatro opciones de planes con cobertura para servicios de diagnóstico y prevención, como limpiezas y exámenes, y diferentes niveles de cobertura para servicios de restauración importantes, como empastes y coronas, le permiten elegir el plan ideal para usted.

NOMBRE DEL PLAN	PLATINUM			GOLD			SILVER			BRONZE		
Red de dentistas*: PPO, Premier (Prmr) o Fuera de la red (OON)	PPO	Prmr	OON	PPO	Prmr	OON	PPO	Prmr	OON	PPO	Prmr	OON
Deducible: Por persona, por año de contrato (hasta \$150)	\$50			\$50			\$50			\$50		
<b>Right Start 4 Kids<sup>SM</sup> (RS4K)</b> - APLICA PARA NIÑOS DE 12 AÑOS O MENOS (No sujeto a deducible) Sin período de espera   Debe consultar a un dentista dentro de la red** (PPO or Prmr)  Los niños menores de 12 años reciben cobertura del 100% para todos los servicios del plan. Sujeto al Máximo Anual del plan. Se aplican frecuencias y limitaciones.	100%	100%	No se aplica	100%	100%	No se aplica	100%	100%	No se aplica	100%	100%	No se aplica
<b>Diagnóstico y prevención:</b> (No sujeto a deducible) Sin período de espera   <b>RS4K se aplica a los servicios cubiertos**</b>  Exámenes y limpiezas (dos veces al año), radiografías Fluoruro, selladores, mantenedores de espacio (pueden aplicarse restricciones de edad)	100%	80%	80%	100%	80%	80%	100%	80%	80%	100%	80%	80%
<b>Servicios básicos:</b> (Sujeto a deducible) Período de espera de 6 meses   <b>RS4K se aplica a los servicios cubiertos**</b>  Empastes, extracciones dentales no quirúrgicas Exámenes de urgencia (sin período de espera)	80%	70%	70%	80%	60%	60%	50%	40%	40%	80%	60%	60%
<b>Servicios principales:</b> (Sujeto a deducible) Período de espera de 12 meses   <b>RS4K se aplica a los servicios cubiertos**</b>  Tratamientos de conducto, tratamiento de enfermedades de las encías, coronas, prótesis dentales, puentes, extracciones dentales quirúrgicas	70%	50%	50%	50%	40%	40%	50%	40%	40%	Descubierto		
En el caso de implantes (dientes artificiales fijados a la mandíbula), pueden aplicarse ciertas limitaciones. Protectores nocturnos (prevención del bruxismo y del apretamiento mandibular)  (Sujeto a deducible) período de espera de 12 meses	70%	50%	50%	Descubierto			Descubierto			Descubierto		
<b>Beneficio máximo anual***:</b> Por persona, por año de contrato	\$2,500			\$1,500			\$1,000			\$1,000		

La información aquí presentada no constituye una póliza ni un acuerdo, ni constituye prueba de cobertura. Consulte la sección "Exclusiones y limitaciones" a continuación para obtener más detalles.

\*Los porcentajes mostrados corresponden a lo que Delta Dental paga una vez cubierto el deducible. \*\*Si se elige un dentista fuera de la red, se aplica el coseguro fuera de la red del plan para los servicios cubiertos. \*\*\*Los servicios de diagnóstico y prevención no se aplican al Beneficio Máximo Anual.

Exclusiones y limitaciones:

Para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones, consulte su contrato. Los servicios comunes no cubiertos (exclusiones) incluyen los siguientes: servicios disponibles a través de cualquier agencia gubernamental federal o estatal, o entidad similar; servicios por lesiones indemnizables bajo una póliza de seguro de automóvil, compensación laboral o cobertura similar del empleador; servicios cosméticos (a menos que se indique lo contrario); servicios iniciados antes de la cobertura; servicios no completados; cargos administrativos como citas perdidas; servicios y procedimientos temporales; prótesis dentales duplicadas; medicamentos recetados, premedicaciones y analgesia relacionada, incluyendo cargos de hospital, centro de salud o sala de emergencias médicas; cargos de laboratorio; anestesia para odontología restaurativa; programas de control preventivo; lesiones o enfermedades autoinfligidas intencionalmente o que ocurran durante o como resultado de la participación en disturbios o desobediencia civil de cualquier tipo, actos de guerra o actividad criminal; aparatos o restauraciones para restaurar la oclusión, ferulización, equilibrio o reemplazar la estructura dental perdida por desgaste; restauraciones junto con sobredentaduras; servicios prestados fuera de los Estados Unidos o Canadá; implantes dentales (excepto para el plan Platino). Servicios relacionados con la ATM; y servicios, suministros o tratamientos no específicamente incluidos en el contrato del miembro. Las limitaciones comunes incluyen: el tratamiento profesionalmente aceptado de menor costo para lograr una funcionalidad razonable; costos de los procedimientos necesarios para prevenir o eliminar enfermedades bucales y de aparatos o restauraciones para reemplazar dientes faltantes, según lo permita el plan; limitaciones de frecuencia y combinación de servicios relacionados con restauraciones, coronas individuales, prótesis y procedimientos periodontales, según se especifica en el contrato; y otras limitaciones de frecuencia, edad o contractuales. Además, para los procedimientos de implantes, se cubren las prótesis parciales bilaterales si faltan dientes en ambos cuadrantes del mismo arco. Consulte el Folleto de Beneficios para obtener más detalles sobre exclusiones y limitaciones.

Para cancelar su cobertura, debe notificar a Delta Dental de Kansas por escrito al menos 5 días antes de la fecha de cancelación solicitada. Si tiene alguna pregunta, consulte su contrato o llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al 800.234.3375.

## Hay **dos** formas de inscribirse:

- 1 Inscribise en línea. Configure pagos mensuales automáticos con tarjeta de crédito/débito o mediante débito automático de una cuenta bancaria. **El sitio de inscripción en línea de su agente es:**
- 2 Descargue e imprima una solicitud impresa desde **DeltaDentalKS.com/shop** y escriba el número de su agente al final de la página 2. **El número de su agente es:**

## Cosas que saber:

### ELEGIBILIDAD

El afiliado principal de su plan debe ser residente de Kansas y mayor de 18 años. Es posible que los participantes del plan no estén cubiertos por otro plan de Delta Dental of Kansas. Se garantiza la aceptación, independientemente del historial dental o las condiciones preexistentes. Los dependientes solteros están cubiertos hasta el final del mes en que cumplen 26 años.

### GLOBAL

No hay períodos de espera para los servicios de diagnóstico y prevención, y no se aplica el deducible. Hay un período de espera de 6 meses para los servicios básicos y de 12 meses para los servicios de restauración mayores en los Planes Platino, Oro y Plata (consulte la tabla comparativa de planes en la primera página).

Al inscribirte, puedes elegir la fecha de inicio de tu plan hasta con tres meses de anticipación. Si recibimos tu solicitud en línea antes del último día del mes, podrás comenzar la cobertura el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se presenta en papel, debe recibirse antes del día 25 del mes para que la cobertura comience el primer día del mes siguiente.

Con su plan Delta Dental Individual y Familiar, puede consultar con el dentista que prefiera, ya sea que pertenezca a la red Delta Dental PPO™, a la red Delta Dental Premier® o que esté fuera de la red. Sin embargo, generalmente, el costo de bolsillo más bajo lo pagará al visitar a un proveedor Delta Dental PPO.

### INFORMACION DE

El pago debe realizarse al momento de la inscripción. Si se inscribe en línea, puede optar por pagar con tarjeta de crédito/débito o mediante débito automático de una cuenta corriente o de ahorros. Los pagos mensuales se cobrarán alrededor del quinto día hábil de cada mes. Si se inscribe enviando una solicitud en papel, debe enviar un cheque por un año de cobertura al momento de la solicitud.

		Platinum	Gold	Silver	Bronze
Primas mensuales	Individual	\$79.36	\$49.97	\$41.68	\$35.95
	Individual +1	\$153.23	\$96.47	\$80.71	\$71.82
	Familia	\$218.36	\$137.47	\$114.99	\$102.34
Primas anuales	Individual	\$952.32	\$599.64	\$500.16	\$431.40
	Individual +1	\$1,838.76	\$1,157.64	\$968.52	\$861.84
	Familia	\$2,620.32	\$1,649.64	\$1,379.88	\$1,228.08

*Delta Dental de Kansas se reserva el derecho de modificar las tarifas una vez que el Departamento de Seguros de Kansas las publique. Visite [DeltaDentalKS.com](http://DeltaDentalKS.com) o llame al 800.234.3375 para confirmar las tarifas vigentes.*

**Para todos los planes individuales y familiares de Delta Dental:** Algunos beneficios están sujetos a limitaciones, como la edad del paciente o la frecuencia de los procedimientos, o pueden estar excluidos en algunos casos. Las tarifas están garantizadas durante un año a partir de la fecha de inscripción; los cambios de tarifas posteriores se revisarán anualmente, sujeto a un aviso con al menos 60 días de anticipación. Las solicitudes en línea recibidas antes del último día del mes tendrán la opción de iniciar la cobertura el primer día del mes siguiente. Las solicitudes en papel deben recibirse antes del 25 del mes para que la cobertura comience el primer día del mes siguiente. Para cancelar la cobertura, los suscriptores deben notificar por escrito a Delta Dental of Kansas al menos 5 días antes de la fecha de terminación solicitada. Si tiene alguna pregunta específica, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Delta Dental of Kansas al 800.234.3375. La información contenida en este folleto no constituye una póliza ni un comprobante de cobertura.

¿Preguntas? Llame al 800.234.3375 o envíe un correo electrónico a [moreinfo@deltadentalks.com](mailto:moreinfo@deltadentalks.com).