DELTA DENTAL®

明尼苏达州 Delta Dental Individual and Family™

2027 年计划 A-D

Delta Dental 的特色：
通过全国最大的牙科网络之一，享受更多护理服务，节省更多费用。

Delta Dental 的特色： 通过全国最大的牙科网络之一，享受更多护理服务，节省更多费用。	综合计划 $2,000 **计划 A**	综合计划 $1,200 **计划 B**	基本 选项 **计划 C**	综合 + 正畸 **计划 D**
免赔额和年度最高给付额				
计划年度最高给付额 人/日历年	$2,000	$1,200	$750	$1,500
免赔额 人/日历年 *不适用于诊断和预防服务*	$50	$100	$100	$50
牙医网络				
牙医网络	Delta Dental PPO™、Delta Dental Premier®			
在计划开始日期承保的服务				
诊断和预防服务 • 检查、清洁，包括牙周——每个日历年 2 次 • X 光检查	100%	80%	100%	100%
基本服务 • 补牙	50%	50%	50% *3 个月的等待期适用	80%
牙髓/口腔手术 • 根管治疗 • 拔牙	50%	50%	不适用	50%
等待期後承保的服務*	9 個月	12 個月	不承保	12 個月
牙周病 • 牙龈疾病的治疗、手术治疗/非手术治疗	50%	50%	不适用	50%
主要修复服务 • 牙冠治疗	50%	50%	不适用	50%
修复 • 可摘假牙修复服务、假牙和局部假牙 • 牙桥	50%	50%	不适用	50%
儿童正畸承保 • 8 至 18 岁正畸承保	不适用	不适用	不适用	50% *终身最高给付额 $1,000
种植体	不适用	不适用	不适用	不适用
费率				
投保人	$62.87	$45.76	$37.33	$65.15
投保人 + 1	$122.04	$90.25	$76.22	$135.19
家庭	$226.52	$165.83	$139.03	$245.07

不确定哪个计划适合您的独特需求？

访问 DeltaDentalMN.org/Shop　咨询执业顾问　敬请致电 1-866-764-5350

* 若之前有类似牙科保险，等待期可豁免。部分限制条件适用。

这只是相关福利的概要。有关完整的承保服务、限制和除外情况，请参阅牙科计划详情。

© 2027 年 明尼苏达州 Delta Dental 及其附属公司版权所有。保留所有权利。明尼苏达州 Delta Dental 是伊利诺伊州芝加哥 Delta Dental Plans Association 的授权被许可人。