


**This is only a summary.** If you want more detail about dental coverage and costs under this plan, you can get the complete terms in the policy or plan document at [www.lifewise.com](http://www.lifewise.com) or by calling 800-592-6804.

Important Questions	Answers	Why this Matters
What is the premium amount?	\$37.31	The premium amount is a monthly fee you must pay to your insurance company to receive dental insurance.
What is the overall deductible?	\$65	You must pay all the costs related to covered services up to the deductible amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the deductible starts over (usually, but not always, January 1st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the deductible.
Does the deductible apply to preventive services?	No	The deductible does <b>not</b> apply to preventive exams, cleanings, or other preventive services. See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered preventive services.
What is the out-of-pocket limit on my expenses?	\$450 for 1 child \$900 for 2+ children	The out-of-pocket limit is the most you could pay during the coverage year for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for dental care expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, non-covered services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Is there an overall annual limit on what the plan pays?	No	There is no overall annual limit on what the plan will pay. The chart starting on page 2 describes any limits on what the plan will pay for <i>specific</i> covered services for children. This plan does not cover benefits for adults.
Who is included in this plan's network of providers?	See <a href="http://www.wahbexchange.org">www.wahbexchange.org</a> or call 1-855-923-4633 for a list of participating providers.	If you use an in-network provider, this plan will pay some or all of the cost of the covered services. Be aware, your in-network dentist may use an out-of-network provider (e.g., a hospital) for some services. Plans use the term in-network, preferred, or participating for providers in their networks. See chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of providers.
Do I need a referral to see a specialist?	No	You can see the specialist you choose <b>without</b> permission from this plan.
Do I need preauthorization before receiving certain dental services?	Yes	You <b>do</b> need to call the plan at 1-855-923-4633 before receiving certain dental services. See your policy or plan document for additional information.
Are there services this plan doesn't cover?	Yes	Some of the services this plan doesn't cover are listed on page 3. See your policy or plan document for additional information about excluded services.

- **Copayments** are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered dental care, usually at the time of the service.
- **Coinsurance**, which is different from copayments, is *your* share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the **allowed amount** for the service. For example, if the plan's **allowed amount** for a restorative procedure (e.g., a crown) is \$1,000, your **coinsurance** payment of 20% would be \$200. This may change if you haven't met your **deductible**.
- The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network dentist charges \$1,500 for a crown and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
- This plan may encourage you to use in-network **providers** by charging you lower **deductibles**, **copayments** and **coinsurance** amounts.

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Dental Treatment	Services You May Need	What you will pay if you use:		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider	Out-of-Network Provider	
Routine Check-up	Exams	Covered in Full	30%	Routine, comprehensive and periodic oral evaluations are limited to 2 visits per calendar year.
	Teeth Cleanings	Covered in Full	30%	Limited to 2 per calendar year
	Fluoride	Covered in Full	30%	
	Sealants	Covered in Full	30%	
	Full Mouth X-rays	Covered in Full	30%	
	Bitewing X-ray	Covered in Full	30%	
	Single Tooth X-rays	Covered in Full	30%	
	Space Maintainers	Covered in Full	30%	
	Nitrous oxide	20%	40%	Limited to once per day

<b>Filling a Cavity</b>	Amalgam (Silver Filings) Front Tooth	20%	40%	Limited to once every 24 months
	Amalgam (Silver Filings) Back Tooth	20%	40%	Limited to once every 24 months
	Composite Front Tooth	20%	40%	Limited to once every 24 months
	Composite Back Tooth	20%	40%	Limited to once every 24 months
	Nitrous oxide	20%	40%	Limited to once per day
	Temporary Filings	20%	40%	
<b>Restorative Care</b>	Periodontal Maintenance Cleanings (Treatment of gums)	20%	40%	Periodontal maintenance limited to 4 per calendar year
	Periodontal Scaling and Root Planing	20%	40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Full mouth debridement is limited to once every 3 years</li> <li>• Periodontal scaling and root planing is limited to once per quadrant every 24 months</li> </ul>
	Crowns	50%	50%	Limited to once every 36 months on permanent and primary teeth
	Replacement of a Crown	50%	50%	Limited to once every 36 months on permanent and primary teeth
	Onlays	50%	50%	
	Root canal (per tooth)	20%	40%	
	Pulpotomy	20%	40%	
<b>Tooth Extraction</b>	Extraction (per tooth)	20%	40%	
	Surgical Extraction (per tooth)	20%	40%	

<b>Advanced Oral Surgery</b>	Oral surgery	20%	40%	
	Periodontal Surgery	20%	40%	Gingivectomy/gingivoplasty limited to once every three years
	General Anesthesia	20%	40%	
<b>Orthodontia</b>	Braces	50%	50%	For specific malocclusions
	Removable appliances	Not covered	Not covered	
<b>Prosthetics</b>	Implants	Not covered	Not covered	
	Partial Dentures	50%	50%	
	Complete Dentures	50%	50%	
	Bridge or Denture Repair	20%	40%	Limited to once in a 12 month period
	Rebase or Reline of Dentures	50%	50%	Limited to once in a three year period when performed at least six-months after placement

## Excluded Services & Other Covered Services

### Services This Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check the policy or plan document for other excluded services.)

- Adult dental care
- Application of any type of desensitizing medicament
- Cast-metal framework, flexible base, and removable unilateral partial dentures
- Cleaning of appliances
- Connector bar or stress breaker
- Coping
- Diagnostic tests and examinations including collection, preparation, analysis, viral culture, genetic and caries susceptibility tests, and adjunctive pre-diagnostic tests.
- Diagnostic tomographic surveys, cone beam, MRI, ultrasound, 3-D imaging, and posterior-anterior or lateral skull and facial bone survey films
- Duplicate appliances
- Duplicate x-rays
- Extra dentures or other duplicate appliances, including replacements due to loss or theft
- Fabrication of an athletic mouthguard
- Facility charges (hospital and ambulatory surgical center) for dental procedures
- Gold foil restorations
- Home use products. Services and supplies that are normally intended for home use such as take-home fluoride, toothbrushes, floss and toothpaste
- Immediate dentures
- Implants and implant related services including but not limited to:
  - Surgical placement of implants including endosteal, eposteal, and transosteal;
  - Interim endosseous implants;
  - Endodontic endosseous implants;
  - Sinus augmentations or lift;
  - Implant maintenance procedures, including removal of prosthesis, cleansing of prosthesis and abutments and reinsertion of prosthesis;
  - Radiographic/surgical implant index;
  - Unspecified implant procedures.
- Indirect pulp caps
- Labial veneers
- Localized delivery of antimicrobial agents
- Medication and supply such as take-home drugs, pre-medications, therapeutic drug injections and supplies
- Occlusion analysis and limited and complete occlusal adjustments
- Oral pathology laboratory including collection of tissue samples, cultures and specimens
- Oral surgery treating fracture of the mandible (jaw)

- Pin retention in addition to restoration
- Plaque control programs (dietary instruction and home fluoride kits)
- Precision attachments, replacement of replaceable parts for semi-precision or precision attachments and personalization of appliances
- Provisional splinting
- Sedative fillings
- Surgical procedures including:
  - Exfoliative cytology sample collection or brush biopsy
  - Incision and drainage of abscess-extra oral soft tissue
  - Radical resection of maxilla or mandible
  - Removal of non-odontogenic cyst, tumor or lesion
  - Surgical stent
  - Surgical procedures for isolation of a tooth with rubber dam
- Temporary, interim or provisional services for crowns, bridges or dentures
- Tobacco cessation and nutritional counseling for control of dental disease
- Tooth preparation, acid etching, all adhesives, and liners
- Tooth transplantation including re-implantation from one site to another and splinting and/or stabilization
- Prescription drugs
- Treatment of temporomandibular joint (TMJ) disorder

**Other Covered Services** (This isn't a complete list. Check the policy or plan document for other covered services.)

- Endodontic services
- Surgical periodontic services
- Anesthesia services
- Treatment of accidental injuries

## Grievance and Appeals Rights

If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to appeal or file a grievance. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can contact: Customer Service at 800-592-6804.

## Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

This plan or policy meets the Affordable Care Act's minimum value and benefits requirements for the pediatric dental essential health benefits.

045719 (01-01-2026)

**Notice of availability and nondiscrimination 800-817-3056 | TTY: 711**

Call for free language assistance services and appropriate auxiliary aids and services.

Llame para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares apropiados.

呼吁提供免费的语言援助服务和适当的辅助设备及服务。

呼籲提供免費的語言援助服務和適當的輔助設備及服務。

Gọi cho các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ thích hợp.

무료 언어 지원 서비스와 적절한 보조 도구 및 서비스를 신청하십시오.

Звоните для получения бесплатных услуг по переводу и других вспомогательных средств и услуг.

Tumawag para sa mga libreng serbisyo ng tulong sa wika at angkop na mga karagdagang tulong at serbisyo.

Звертайте за безкоштовною мовною підтримкою та відповідними додатковими послугами.

សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ព្រមទាំងសេវាកម្ម និងជំនួយចាំបាច់ដែលសមរម្យផ្សេងៗ។

無料言語支援サービスと適切な補助器具及びサービスをお求めください。

ለነፃ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እና ተገቢ ድጋፍ ሰጪ አጋዥ ማሳሰቢያዎችን እና አገልግሎቶችን ለማግኘት በስልክ ቁጥር

Tajaajiloota deeggarsa afaan bilisaa fi gargaarsaa fi tajaajiloota barbaachisaa ta'an argachuuf bilbilaa.

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਚੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Fordern Sie kostenlose Sprachunterstützungsdienste und geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen an.

ໂທເພື່ອຮັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ການບໍລິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດທີ່ເໝາະສົມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

Rele pou w jwenn sèvis asistans lengwistik gratis ak èd epi sèvis oksilyè ki apwopriye.

Appelez pour obtenir des services gratuits d'assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés.

Zadzwoń, aby uzyskać bezpłatną pomoc językową oraz odpowiednie wsparcie i usługi pomocnicze.

Ligue para serviços gratuitos de assistência linguística e auxiliares e serviços auxiliares adequados.

Chiama per i servizi di assistenza linguistica gratuiti e per gli ausili e i servizi ausiliari appropriati.

اتصل للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية والمساعدات والخدمات المناسبة.

برای خدمات کمک زبانی رایگان و کمک‌ها و خدمات امدادی مقتضی، تماس بگیرید.

**Discrimination is against the law.** LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes. LifeWise does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. LifeWise provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). LifeWise provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include qualified interpreters and information written in other languages. If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that LifeWise has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-6396, TTY: 711, Fax: 425-918-5592, Email [AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can also file a civil rights complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint Portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.




**Este es solo un resumen.** Si desea más detalles acerca de la cobertura dental y los costos en virtud de este plan, puede obtener los términos completos en el documento de la póliza o del plan en [www.lifewise.com](http://www.lifewise.com) o llamando al **800-592-6804**.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el monto de la prima?	\$37.31	El monto de la prima es una tarifa mensual que usted debe pagarle a su compañía de seguros para recibir seguro dental.
¿Cuál es el deducible general?	\$65	Antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted utiliza, usted debe pagar todos los costos relacionados con los servicios cubiertos hasta alcanzar el monto del deducible. Verifique su documento de la póliza o del plan para ver en qué momento vuelve a comenzar el período del deducible (generalmente, pero no siempre, el 1.º de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver cuánto paga usted por los servicios cubiertos luego de alcanzar el deducible.
¿Se aplica el deducible a servicios preventivos?	No	El deducible <b>no</b> se aplica a exámenes y limpiezas preventivos, u otros servicios preventivos. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver cuánto paga usted por los servicios preventivos cubiertos.
¿Qué es el límite de desembolso para mis gastos?	\$450 por 1 niño \$900 por 2 o más niños	El límite de desembolso es lo máximo que usted podría pagar durante el año de cobertura por la parte que le corresponde de los costos de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención dental.
¿Qué cosas no se incluyen en el desembolso máximo?	Primas, servicios no cubiertos.	Incluso aunque usted pague estos gastos, estos no se cuentan para el desembolso máximo.
¿Existe un límite anual general sobre lo que el plan paga?	No	No existe un límite anual general sobre lo que el plan pagará. La tabla que comienza en la página 2 describe los límites sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> para niños. Este plan no cubre beneficios para adultos.
¿Quién está incluido en esta red de proveedores del plan?	Visite <a href="http://www.wahbexchange.org">www.wahbexchange.org</a> o llame al 1-855-923-4633 para obtener una lista de proveedores participantes.	Si usted consulta a un proveedor dentro de la red, este plan pagará una parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga presente lo siguiente: es posible que su dentista dentro de la red utilice un proveedor fuera de la red (por ejemplo, un hospital) para algunos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferidos, o participantes para los proveedores que se encuentran dentro de la red. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para obtener información de cómo paga este plan a los distintos tipos de proveedores.
¿Necesito un referido para ver a un especialista?	No	Usted puede ver al especialista que elija <b>sin</b> el permiso de este plan.

- **Los copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención dental cubierta, generalmente al momento de recibir el servicio.
- **El coseguro**, que es diferente a los copagos, es la parte que le corresponde a usted de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido del plan** para un procedimiento restaurador (por ejemplo, una corona) es de \$1,000, su pago del **coseguro** del 20% sería de \$200. Esto podría cambiar si usted no ha alcanzado su **deducible**.
- El monto que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor fuera de la red** cobra más que el **monto permitido**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un dentista fuera de la red cobra \$1,500 por una corona, y el **monto permitido** es \$1,000, es posible que usted deba pagar la diferencia de \$500. (Esto se denomina **facturación del saldo**).
- Este plan puede incentivarle a utilizar **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos de **deducibles**, **copagos** y **coseguro** más bajos.

¿Necesito autorización previa antes de recibir ciertos servicios dentales?	Sí	Usted <b>sí</b> debe llamar al plan al 1-855-923-4633 antes de recibir ciertos servicios dentales. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional.
¿Existen servicios no cubiertos por este plan?	Sí	Algunos de los servicios que este plan no cubre se indican en la página 3. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional acerca de los servicios excluidos.

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Tratamiento dental	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará si usa:		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	
Control de rutina	Exámenes.	Cobertura completa	30%	Las evaluaciones bucales periódicas, generales y de rutina se limitan a 2 visitas por año calendario.
	Limpieza dental	Cobertura completa	30%	Limitado a 2 por año calendario.
	Flúor	Cobertura completa	30%	
	Selladores	Cobertura completa	30%	

	Radiografías de boca completa	Cobertura completa	30%	
	Radiografía de aleta de mordida	Cobertura completa	30%	
	Radiografías de un solo diente	Cobertura completa	30%	
	Mantenedores de espacio	Cobertura completa	30%	
	Óxido nítrico	20%	40%	Se limita a uno por día
<b>Empastes</b>	Amalgama (incrustaciones de plata) en diente anterior	20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Amalgama (incrustaciones de plata) en diente posterior	20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Resina compuesta en diente anterior	20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Resina compuesta en diente posterior	20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Óxido nítrico	20%	40%	Se limita a uno por día
	Incrustaciones temporales	20%	40%	
<b>Atención restauradora</b>	Limpiezas periodontales (tratamiento de encías)	20%	40%	Mantenimiento periodontal se limita a 4 por año calendario
	Raspado periodontal y alisado radicular	20%	40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desbridamiento de boca completa limitado a uno cada 3 años calendario</li> <li>• El raspado periodontal y el alisado radicular limitados a una vez por cuadrante cada 24 meses</li> </ul>
	Coronas	50%	50%	Limitado a una vez cada 36 meses en dientes permanentes y primarios
	Reemplazo de una corona	50%	50%	Limitado a una vez cada 36 meses en dientes permanentes y primarios
	Recubrimientos	50%	50%	

	Endodoncia (por diente)	20%	40%	
	Pulpotomía	20%	40%	
<b>Extracción de diente</b>	Extracción (por diente)	20%	40%	
	Extracción quirúrgica (por diente)	20%	40%	
<b>Cirugía bucal avanzada</b>	Cirugía bucal.	20%	40%	
	Cirugía periodontal	20%	40%	Gingivectomía/gingivoplastia limitada a una vez cada tres años
	Anestesia general	20%	40%	
<b>Ortodoncia</b>	Aparatos ortopédicos.	50%	50%	Para maloclusiones específicas.
	Aparatos removibles	Sin cobertura	Sin cobertura	
<b>Prótesis</b>	Implantes	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Dentaduras postizas parciales	50%	50%	
	Dentaduras postizas completas	50%	50%	
	Reparación de puentes o dentaduras postizas	20%	40%	Limitado a una vez en un período de 12 meses
	Rebase o revestimiento de dentaduras postizas	50%	50%	Limitado a una vez en un período de tres años cuando se realiza al menos seis meses después de la colocación

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

**Servicios que este plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte la póliza o documento del plan para encontrar otros servicios excluidos).**

- Atención dental de adultos
- Aplicación de cualquier tipo de medicamento desensibilizante
- Base metálica, base flexible y prótesis dentales unilaterales removibles
- Limpieza de aparatos.
- Barra de conector o placa de descanso
- Adaptación.
- Pruebas y exámenes de diagnóstico que incluyen recolección, preparación, análisis, cultivo viral, pruebas genéticas y de susceptibilidad a la caries, y pruebas prediagnósticas complementarias.
- Estudios tomográficos de diagnóstico, haz cónico, resonancia magnética, ultrasonido, imágenes en 3D y películas posteriores o laterales de cráneo y hueso facial
- Dispositivos duplicados.
- Radiografías duplicadas
- Dentaduras postizas adicionales u otros aparatos duplicados, incluidos los reemplazos debidos a pérdida o robo
- Fabricación de un protector bucal deportivo
- Cargos del centro (hospital o centro de atención quirúrgica ambulatoria) por procedimientos dentales.
- Restauraciones de láminas de oro
- Productos de uso doméstico. Servicios y suministros que generalmente se utilizan en el hogar, como flúor, cepillos de dientes, hilo dental y dentífrico.
- Dentaduras postizas inmediatas
- Implantes y servicios relacionados con implantes, incluidos, entre otros:
  - Colocación quirúrgica de implantes que incluyen endósteo, epósteo y transósteo;
  - Implantes endoóseos provisionarios;
  - Implantes endoóseos;
  - Aumentos o levantamiento de senos paranasales;
  - Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluida la extracción de prótesis, la limpieza de prótesis y pilares y la inserción de prótesis;
  - Índice de implante radiográfico/quirúrgico;
  - Procedimientos de implante no especificados.
- Recubrimiento pulpar indirecto
- Carillas labiales
- Administración localizada de agentes antimicrobianos
- Medicamentos y suministros, como medicamentos para llevar a casa, premedicaciones, inyecciones terapéuticas de medicamentos y suministros
- Análisis de oclusión y ajustes oclusales limitados y completos.

- Laboratorio de patología bucal, incluida la recolección de muestras de tejidos, cultivos y especímenes
- Cirugía oral que trata la fractura de la mandíbula
- Retención con pernos además de la restauración.
- Programas para el control de las placas (instrucciones sobre la dieta y kit de flúor para el hogar)
- Accesorios de precisión, sustitución de piezas reemplazables por accesorios de semiprecisión o precisión y personalización de aparatos
- Férula provisional
- Empastes sedantes
- Procedimientos quirúrgicos que incluyen:
  - Recolección de muestras de citología exfoliativa o biopsia con cepillo
  - Incisión y drenaje de absceso-tejido blando oral extra
  - Resección radical del maxilar o la mandíbula.
  - Extirpación de quistes, tumores o lesiones no odontogénicos
  - Stent quirúrgico
  - Procedimientos quirúrgicos para el aislamiento de un diente con dique de goma
- Servicios temporales, interinos o provisionales para coronas, puentes o prótesis dentales.
- Asesoramiento nutricional y para dejar de fumar para el control de una enfermedad dental
- Preparación del diente, limpieza con ácido, todos los adhesivos y forros cavitarios
- Trasplante de dientes incluyendo reimplantación de un sitio a otro y férula y/o estabilización
- Medicamentos con receta
- Tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ)

#### Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte la póliza o documento del plan para encontrar otros servicios cubiertos).

- Servicios de endodoncia
- Servicios periodontales quirúrgicos
- Servicios de anestesia
- Tratamiento de lesiones accidentales

### Derechos de presentar quejas o apelaciones

Si tiene una reclamación o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 800-592-6804.

### ¿Brinda esta cobertura una cobertura mínima básica?

Este plan o póliza cumple con los requisitos de beneficios y valores mínimos de la Ley de Atención Asequible para los beneficios dentales pediátricos esenciales para la salud.