

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 or by calling 800-592-6804

Important Questions	Answers	Why this Matters
Is there a waiting period before I can use my benefits?	No	Some insurance companies require customers to have coverage for a set number of months before their services can be used.
What is the premium amount?	Adult: \$ 35.30 Child 0-18 yr old: \$37.60	The premium amount is a monthly fee you must pay to your insurance company to receive dental insurance.
What is the overall deductible?	Adult: \$0 Child: \$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 period starts (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 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.
Is there an overall out-of-pocket limit on my share of dental costs?	Adult: No Child: Yes \$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?	Adult: Yes, \$1,000 Child: No	There is no overall annual limit on what the plan will pay for children. The chart starting on page 2 describes any limits on what the plan will pay for adult coverage and other <i>specific</i> covered services for children.
Who is included in this plan's network of providers?	See www.wahbexchange.org 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-pocket 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 without permission from this plan.
Do I need preauthorization before receiving certain dental services?	Yes	You do 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. Some services in this plan are not covered for adults. The plan does not cover the service if adult copayment and coinsurance costs are not shown.

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	Oral Exams	Adult: Covered in full	20%	Routine, comprehensive and periodic oral evaluations are limited to 2 visits per calendar year.
		Child: Covered in full	30%	Routine, comprehensive and periodic oral evaluations are limited to 2 visits per calendar year.
	Teeth Cleanings	Adult: Covered in full	20%	Limited to 2 visits per calendar year
		Child: Covered in full	30%	Limited to 2 visits per calendar year
	Fluoride	Adult: Covered in full	20%	Limited to one treatment per calendar year
		Child: Covered in full	30%	
	Sealants	Adult: Covered in full	20%	Limited to once every 2 calendar years, for posterior permanent teeth only
		Child: Covered in full	30%	
	Full mouth X-rays	Adult: Covered in full	20%	A panoramic film or complete series (full-mouth) x-ray once every 5 calendar years, but not both
		Child: Covered in full	30%	
	Bitewing X-rays	Adult: Covered in full	20%	Limited to once per calendar year
		Child: Covered in full	30%	
	Single Tooth X-rays	Adult: Covered in full	20%	

Summary of Benefits for Dental Coverage: What the Plan Covers & What it Costs

Coverage for: Children and Adults

		Child: Covered in full	30%	
	Space Maintainers	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: Covered in full	30%	
	Nitrous oxide	Adult: 40%	60%	Limited to once per day
		Child: 20%	40%	Limited to once per day
Filling a Cavity	Amalgam (Silver Fillings) Front Tooth	Adult: 40%	60%	Limited to once every 2 calendar years
		Child: 20%	40%	Limited to once every 24 months
	Amalgam (Silver Fillings) Back Tooth	Adult: 40%	60%	Limited to once every 2 calendar years
		Child: 20%	40%	Limited to once every 24 months
	Composite Front Tooth	Adult: 40%	60%	Limited to once every 2 calendar years
		Child: 20%	40%	Limited to once every 24 months
	Composite Back Tooth	Adult: 40%	60%	Limited to once every 2 calendar years
		Child: 20%	40%	Limited to once every 24 months
	Nitrous oxide	Adult: 40%	60%	Limited to once per day
		Child: 20%	40%	Limited to once per day
Temporary Fillings	Adult: 40%	60%		
	Child: 20%	40%		
Restorative Care	Periodontal Maintenance / Cleaning (Treatment of gums)	Adult: Covered in full	20%	Periodontal maintenance limited to 4 visits per calendar year
		Child: 20%	40%	Periodontal maintenance limited to 4 visits per calendar year
	Periodontal Scaling and Root Planning	Adult: 40%	60%	Periodontal scaling and root planing limited to once per quadrant every 3 calendar years, from treatment date
		Child: 20%	40%	<ul style="list-style-type: none"> • Full mouth debridement is limited to once every 3 years • Periodontal scaling and root planing is limited to once per quadrant every 24 months
	Crowns	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 50%	50%	Limited to once every 36 months on permanent and primary teeth
	Replacement of a Crown	Adult: Not covered	Not covered	
Child: 50%		50%	Limited to once every 36 months on permanent and primary teeth	
	Onlays	Adult: Not covered	Not covered	

Summary of Benefits for Dental Coverage: What the Plan Covers & What it Costs

Coverage for: Children and Adults

		Child: 50%	50%	
	Root canal (per tooth)	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 20%	40%	
	Pulpotomy	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 20%	40%	
Tooth Extraction	Extraction (per tooth)	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 20%	40%	
	Surgical Extraction (per tooth)	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 20%	40%	
Advanced Oral Surgery	Oral surgery	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 20%	40%	
	Periodontal Surgery	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 20%	40%	Gingivectomy/gingivoplasty limited to once every three years
	General Anesthesia	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 20%	40%	
Orthodontia	Braces	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 50%	50%	For specific malocclusions
	Removable appliances	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: Not covered	Not covered	
Prosthetics	Implants	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: Not covered	Not covered	
	Partial Dentures	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 50%	50%	
	Complete Dentures	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 50%	50%	
		Adult: Not covered	Not covered	

	Bridge or Denture Repair	Child: 20%	40%	Limited to once in a 12 month period
	Rebase or Reline of Dentures	Adult: Not covered	Not covered	
		Child: 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.)

Adults:

- Pediatric dental care
- Pre-diagnostic services such as screening or assessments
- Oral pathology laboratory
- Cone beams, MRI and ultrasounds
- Tests and examinations such as genetic, caries, pulp vitality, diagnostic casts and risk assessment
- Lab collection, testing, processing and analysis
- Nutritional and tobacco counseling
- Oral hygiene instructions
- Preventive resin restorations or interim carries arresting medicament application
- Space maintainers, including recement or removal
- Resin infiltration and resin-based composite crowns
- Gold foils, inlay and onlay restorations
- Crowns and provisional crowns including re-cement, re-bond and repair of crowns
- Crown core buildups including any pins/posts
- Veneers
- Endodontic services including root canals, apexification/recalcification, pulpal regeneration, and apicoectomy/periradicular services
- Pulpotomies
- Periodontal surgery
- Provisional splinting
- Full mouth debridement
- Complete and partial dentures including adjustments, repairs, rebase, reline, and tissue conditioning. This includes inspection and removal
- Interim complete and partial dentures
- Overdentures
- Precision attachments
- Maxillofacial prosthetics including fluoride, medicament and radiation carriers

- Implant and implant related services
- Fixed partial dentures or bridges including re-cement and re-bond
- Temporary partial dentures or bridges
- Precision attachments
- Tooth extractions
- Oral and maxillofacial surgery including extraction and removal of teeth
- Alveoloplasty and vestibuloplasty
- Cast-metal framework, flexible base, and removable unilateral partial dentures
- Excision of lesions and bone tissue
- Surgical incisions
- Treatment of fractures
- Sutures and other repair procedures such as skin grafts
- Bone grafts
- Collection and application of blood
- Frenulectomy and frenuloplasty
- Salivary surgical procedures
- Tracheotomy/coronoideotomy
- Temporomandibular Joint (TMJ) Disorders including any dental services or supplies connected with the diagnosis or treatment of temporomandibular joint (TMJ) disorders, including any direct or indirect complications and aftereffects
- Orthognathic Surgery including procedures to lengthen or shorten the jaw (orthognathic surgery), regardless of the origin of the condition that makes the procedure necessary
- Orthodontia, regardless of condition, including casts, models, x-rays, photographs, examinations, appliances, braces, and retainers.
- Adjunctive general services such as anesthesia, drugs
- Application of desensitizing medicament
- Occlusal guard (nightguard) and athletic mouthguards, including repair and reline
- Occlusal analysis
- Occlusal adjustment (limited and complete)
- Enamel microabrasion, odontoplasty, and bleaching
- Prescription drugs

Children:

- 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, eosteal, 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.)

Children:

- 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 benefit.

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. 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 o llamando al 800-592-6804

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Debo esperar algún tiempo antes de poder utilizar mis beneficios?	No	Algunas compañías de seguros exigen que los clientes tengan cobertura durante un número determinado de meses antes de poder utilizar sus servicios.
¿Qué es el monto de la prima?	Adultos: \$ 35.30 Niños de 0-18 años: \$37.60	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?	Adulto: \$0 Niño: \$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 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.
¿Existe un límite general de gastos de bolsillo en mi parte de los costos dentales?	Adulto: No Niño: Sí \$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?	Adulto: Sí, \$1,000 Niño: No	No existe un límite anual general sobre lo que el plan pagará para niños. La tabla que comienza en la página 2 describe los límites sobre lo que el plan pagará por cobertura para adultos y otros servicios cubiertos específicos para niños.
¿Quién está incluido en esta red de proveedores del plan?	Visite www.wahbexchange.org 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 sin 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 sí 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. Algunos servicios de este plan no están cubiertos para adultos. El plan no cubre el servicio si no se muestran los costos de copago y coseguro de adulto.

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 orales	Adultos: Se cubre por completo	20%	Las evaluaciones bucales periódicas, generales y de rutina se limitan a 2 visitas por año calendario.
		Niños: Se cubre por completo	30%	Las evaluaciones bucales periódicas, generales y de rutina se limitan a 2 visitas por año calendario.
	Limpieza dental	Adultos: Se cubre por completo	20%	Se limita a 2 visitas por año calendario.
		Niños: Se cubre por completo	30%	Se limita a 2 visitas por año calendario.
	Flúor	Adultos: Se cubre por completo	20%	Limitado a un tratamiento por año calendario.

		Niños: Se cubre por completo	30%	
	Selladores	Adultos: Se cubre por completo	20%	Limitado a una vez cada 2 años calendario, solo para dientes permanentes posteriores
		Niños: Se cubre por completo	30%	
	Radiografías de boca completa	Adultos: Se cubre por completo	20%	Una radiografía panorámica o una serie completa de radiografías (boca completa) cada 5 años calendario, pero no ambas.
		Niños: Se cubre por completo	30%	
	Radiografías de aleta de mordida	Adultos: Se cubre por completo	20%	Limitado a una vez por año calendario
		Niños: Se cubre por completo	30%	
	Radiografías de un solo diente	Adultos: Se cubre por completo	20%	
		Niños: Se cubre por completo	30%	
	Mantenedores de espacio	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: Se cubre por completo	30%	
	Óxido nítrico	Adultos: 40%	60%	Se limita a uno por día
		Niños: 20%	40%	Se limita a uno por día
Empastes	Amalgama (incrustaciones de plata) en diente anterior	Adultos: 40%	60%	Limitado a una vez cada 2 años calendario
		Niños: 20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Amalgama (incrustaciones de plata) en diente posterior	Adultos: 40%	60%	Limitado a una vez cada 2 años calendario
		Niños: 20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Resina compuesta en diente anterior	Adultos: 40%	60%	Limitado a una vez cada 2 años calendario
		Niños: 20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Resina compuesta en diente posterior	Adultos: 40%	60%	Limitado a una vez cada 2 años calendario
		Niños: 20%	40%	Limitado a uno cada 24 meses
Óxido nítrico	Adultos: 40%	60%	Se limita a uno por día	
	Niños: 20%	40%	Se limita a uno por día	
		Adultos: 40%	60%	

	Incrustaciones temporales	Niños: 20%	40%	
Atención restauradora	Periodontal Mantenimiento/limpiezas periodontales (tratamiento de encías)	Adultos: Se cubre por completo	20%	Mantenimiento periodontal (se limita a 4 visitas por año calendario)
		Niños: 20%	40%	Mantenimiento periodontal (se limita a 4 visitas por año calendario)
	Periodontal Raspado periodontal y alisado radicular	Adultos: 40%	60%	Raspado periodontal y alisado radicular se limitan a uno por cuadrante cada 3 años calendario, desde la fecha de tratamiento
		Niños: 20%	40%	<ul style="list-style-type: none"> Desbridamiento de boca completa limitado a uno cada 3 años calendario El raspado periodontal y el alisado radicular están limitados a una vez por cuadrante cada 24 meses
	Coronas	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 50%	50%	Limitado a una vez cada 36 meses en dientes permanentes y primarios
Reemplazo de una corona	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura		
	Niños: 50%	50%	Limitado a una vez cada 36 meses en dientes permanentes y primarios	
	Recubrimientos	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 50%	50%	Cubierto para miembros mayores de 12 años, limitado a dientes anteriores permanentes solamente y limitado a una vez cada cinco años
	Endodoncia (por diente)	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 20%	40%	
	Pulpotomía	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 20%	40%	
Extracción de diente	Extracción (por diente)	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 20%	40%	
	Extracción quirúrgica (por diente)	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 20%	40%	
Cirugía bucal avanzada	Cirugía bucal.	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 20%	40%	

	Cirugía periodontal	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	Gingivectomía/gingivoplastia limitada a una vez cada tres años
		Niños: 20%	40%	
	Anestesia general	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 20%	40%	
Ortodoncia	Aparatos ortopédicos.	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 50%	50%	Para maloclusiones específicas.
	Aparatos removibles	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: Sin cobertura	Sin cobertura	
Prótesis	Implantes	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: Sin cobertura	Sin cobertura	
	Dentaduras postizas parciales	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 50%	50%	
	Dentaduras postizas completas	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 50%	50%	
	Reparación de puentes o dentaduras postizas	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 20%	40%	Limitado a una vez en un período de 12 meses
	Rebase o revestimiento de dentaduras postizas	Adultos: Sin cobertura	Sin cobertura	
		Niños: 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).

Adultos:

- Atención dental pediátrica
- Servicios de prediagnóstico, como detección o evaluaciones
- Pruebas de laboratorio de patología oral.
- Imagen de haz cónico, resonancia magnética y ultrasonidos
- Pruebas y exámenes como genética, caries, vitalidad pulpar, moldes de diagnóstico y evaluación de riesgos
- Recolección, pruebas, procesamiento y análisis de laboratorio

- Asesoramiento nutricional y sobre el tabaco.
- Instrucciones de higiene bucal
- Restauraciones preventivas de resina o aplicación provisional de medicamentos de detención
- Mantenedores de espacio, incluido el recementado o la extracción
- Infiltración de resina y coronas compuestas a base de resina
- Láminas de oro, incrustaciones y recubrimientos
- Coronas y coronas provisionales, incluyendo recementado, readhesión y reparación de coronas
- Reconstrucciones del núcleo de la corona, incluidos los pines/postes
- Carillas
- Servicios de endodoncia que incluyen endodoncias, apexificación/recalcificación, regeneración pulpar y servicios de apicectomía/perirradicular
- Pulpotomías
- Cirugía periodontal
- Férula provisional
- Desbridamiento de boca completa
- Dentaduras postizas completas y parciales que incluyen ajustes, reparaciones, rebase, revestimiento y acondicionamiento de tejidos. Esto incluye la inspección y la eliminación.
- Dentaduras postizas completas y parciales provisionales
- Sobredentaduras
- Accesorios de precisión
- Prótesis maxilofaciales que incluyen portadores de flúor, medicamentos y radiación
- Implantes y servicios relacionados con implantes
- Dentaduras postizas o puentes parciales fijos, incluyendo recementado y readhesión
- Dentaduras parciales temporales o puentes
- Accesorios de precisión
- Extracciones de dientes
- Cirugía oral y maxilofacial incluyendo extracción y extracción de dientes
- Alveoloplastia y vestibuloplastia
- Base metálica, base flexible y prótesis dentales unilaterales removibles
- Escisión de lesiones y tejido óseo
- Incisiones quirúrgicas
- Tratamiento de fracturas
- Suturas y otros procedimientos de reparación como injertos de piel
- Injertos óseos
- Recolección y aplicación de sangre
- Frenulectomía y frenuloplastia

- Procedimientos quirúrgicos salivales
- Traqueotomía/coronoidectomía
- Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ), incluidos los servicios o suministros dentales relacionados con el diagnóstico o tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ), incluidas las complicaciones directas o indirectas y las secuelas
- Cirugía ortognática que incluye procedimientos para alargar o acortar la mandíbula (cirugía ortognática), independientemente del origen de la afección que hace necesario el procedimiento
- Ortodoncia, independientemente de la afección, incluidos los moldes, los modelos, las radiografías, las fotografías, los exámenes, los aparatos, el aparato de ortodoncia y los frenos.
- Servicios generales complementarios como anestesia, medicamentos
- Aplicación de medicamento desensibilizante
- Protector oclusal (protector dental para la noche) y protectores bucales deportivos, incluida la reparación y el rebase
- Análisis oclusal
- Ajuste oclusal (limitado y completo)
- Microabrasión del esmalte, odontoplastia y blanqueamiento
- Medicamentos con receta

Hijos:

- 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 re 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).

Hijos:

- 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.