

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 **Delta Dental of Washington Exchange Plans** or by calling **1-888-899-3734**.

Important Questions	Answers	Why this matters
Is there a waiting period before I can use my benefits?	No	Covered services are not subject to waiting periods and are included as soon as your dental coverage starts.
What is the premium amount?	Adult: \$39.14 Child \$54.06	The premium amount is a monthly fee you must pay to your insurance company to receive dental insurance.
What is the overall deductible?	Adult: \$50 Child: \$85	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 not 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. Only fees paid to a Delta Dental PPO plus Premier Dentist accrue to the annual Out-of-Pocket Maximum.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, non-covered services and out of network 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 specific covered services for children.
Who is included in this plan's network of providers?	See Dentist Search or call 1-888-899-3734 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 1-888-899-3734 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 5. See your policy or plan document for additional information about excluded services.

Need more information about your dental coverage? Visit DeltaDentalWA.com or call 1-888-899-3734.

- **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 *Waiting periods noted where applicable
		In-Network Provider	¹ Out-of-Network Provider	
Routine Check-up	Oral Exams	Adult: 0%	0%	2 times per benefit period
		Child: 0%	0%	
	Teeth Cleanings	Adult: 0%	0%	2 times per benefit period. Periodontal (gum) maintenance is covered once per quadrant every 12 months.
		Child: 0%	0%	
	Fluoride	Adult: 0%	0%	
		Child: 0%	0%	
	Sealants	Adult: 0%	0%	
		Child: 0%	0%	
	Full Mouth X-rays	Adult: 0%	0%	
		Child: 0%	0%	
	Bitewing X-rays	Adult: 0%	0%	
		Child: 0%	0%	
	Single Tooth X-rays	Adult: 0%	0%	
		Child: 0%	0%	

Need more information about your dental coverage? Visit DeltaDentalWA.com or call 1-888-899-3734.

	Space Maintainers	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 0%	0%	
	Nitrous oxide	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 30%	30%	Can be used for sedation once per day. Plan deductible applies.
Filling a Cavity	Amalgam (Silver Filings) Front Tooth	Adult: 50%	50%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
		Child: 30%	30%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
	Amalgam (Silver Filings) Back Tooth	Adult: 50%	50%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
		Child: 30%	30%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
	Composite Front Tooth	Adult: 50%	50%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
		Child: 30%	30%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
	Composite Back Tooth	Adult: 50%	50%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
		Child: 30%	30%	The same surface on the same tooth covered once every two years from treatment date.
Nitrous oxide	Adult: Not Covered	Not Covered		
	Child: 30%	30%	Can be used for sedation once per day. Plan deductible applies.	
Temporary Filings	Adult: Not Covered	Not Covered		
	Child: Not Covered	Not Covered		
Restorative Care	Periodontal Maintenance/ Cleaning (Treatment of Gums)	Adult: 100%	100%	2 times per benefit period.
		Child: 100%	100%	Covered once per quadrant every 12 months.
	Periodontal Scaling and Root Planing	Adult: 50%	50%	Covered once per quadrant every 3 years.
		Child: 70%	70%	
	Crowns	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	
	Replacement of a Crown	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	
Onlays	Adult: Not Covered	Not Covered		
	Child: 50%	50%		
Root canal (per tooth)	Adult: Not Covered	Not Covered		
	Child: 30%	30%	Covered for anterior, bicuspid and molar teeth.	

	Pulpotomy	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 30%	30%	
Tooth Extraction	Extraction (per tooth)	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 30%	30%	
	Surgical Extraction (per tooth)	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 30%	30%	
Advanced Oral Surgery	Oral surgery	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 30%	30%	Not covered: bone replacement/grafting; tooth transplant; generative osseous filling.
	Periodontal Surgery	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 30%	30%	Covered once per quadrant every three years.
	General Anesthesia	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 30%	30%	Covered case-by-case basis when your child is having services that are covered by this plan, ages 9-18.
Orthodontia	Braces	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	Cosmetic orthodontic services are not covered. Pre-authorization before treatment is required.
	Removable appliances	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	Replacing or repair of removable orthodontic retainers, or orthodontic appliances are not covered.
Prosthetics	Implants	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: Not Covered	Not Covered	
	Partial Dentures	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	Covered once every seven years.
	Complete Dentures	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	Covered for one complete upper and lower during the time your child is enrolled on this plan.
	Bridge or Denture Repair	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	Covered after one year from the original Seat Date.
	Rebase or Reline of Dentures	Adult: Not Covered	Not Covered	
		Child: 50%	50%	Covered once per arch every three years after the initial six-months from the Seat Date.

¹Delta Dental of Washington has no control over the charges or billing practices of dentists who do not contract with us. Our payments for services performed by these dentists will be based on actual charges or Delta Dental of Washington's maximum allowable fees for non-participating dentists.

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.)

Traditional braces; Cosmetic services or supplies; Implants; Adult crowns; Adult root canals; Adult oral surgery; Adult Replacement of Teeth (Dentures)

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

Accidental Injury

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: Delta Dental of Washington P.O. Box 75983 Seattle, WA 98175-0983
Email: memberappeals@deltadentalwa.com. Or, call us at: 888-899-3734

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.

Este es sólo un resumen. Si desea obtener más detalles sobre la cobertura dental y los costos de este plan, comuníquese con nosotros al **Delta Dental of Washington Exchange Plans** o llamando al **1-888-899-3734**.

	Repuestas	Por qué esto es importante
¿Existe un período de espera antes de poder utilizar mis beneficios?	No	Los servicios cubiertos no están sujetos a períodos de espera y se incluyen tan pronto como comienza su cobertura dental.
¿De cuánto es el monto de la prima?	Adulto: \$39.14 Menor: \$54.06	El monto de la prima es una tarifa mensual que debe pagar a su compañía de seguros para recibir seguro dental.
¿Cuál es el deducible general?	Adulto: \$50 Menor: \$85	Debe pagar todos los costos relacionados con los servicios cubiertos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que reciba. Revise su póliza o su documento del plan para ver cuándo comienza el período del deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios cubiertos después de que cubra el deducible.
¿El deducible aplica a los servicios preventivos?	No	El deducible no aplica a exámenes preventivos, limpiezas y otros servicios preventivos. Vea la tabla que inicia en la en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios preventivos cubiertos.
¿Hay un límite general a los gastos por cuenta propia en mi parte de los costos dentales?	Adulto: No Menor: Yes \$400 por 1 menor \$900 por 2 menores o más	El límite a los gastos por cuenta propia es la máxima cantidad que podría pagar durante el año de cobertura por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear los gastos de su cuidado dental. Solo las tarifas pagadas a un plan Delta Dental PPO más un dentista Premier se acumulan para el máximo de desembolso anual.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos por cuenta propia?	Primas, servicios no cubiertos	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de pago por cuenta propia.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	Adulto: Si, \$1,000 Menor: No	No hay un límite anual general para lo que paga el plan para los menores. La tabla que inicia en la página 2 describe los límites para lo que paga el plan para cobertura de adultos y para otros servicios específicos cubiertos para menores.
¿Quién está incluido en la red de proveedores del plan?	Vea Dentist Search o llame al 1-888-899-3734 para ver una lista de proveedores participantes.	Si utiliza un proveedor dentro de la red, este plan le pagará, de manera parcial o total, el costo de los servicios cubiertos. Esté enterado de que su dentista dentro de la red puede utilizar un proveedor que requiera gastos por cuenta propia (como un hospital) para algunos servicios. Los planes utilizan el término "dentro de la red", "preferido" o "participante" para referirse a los proveedores dentro de sus redes. Vea la tabla que inicia en la página 2 para ver cómo este plan le paga a diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito una derivación para consultar a un especialista?	No	Puedes ver al especialista que elijas. sin permiso de este plan.
¿Necesito autorización previa antes de recibir ciertos servicios dentales?	Si	Usted sí necesita llamar al plan al 1-888-899-3734 antes de recibir ciertos servicios dentales. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Si	Algunos de los servicios que no cubre este plan aparecen en la página 3. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos.

¿Necesita más información sobre su cobertura dental? Visite DeltaDentalWA.com o llame al 1-888-899-3734.

- Los copagos con cantidades fijas de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios dentales cubiertos, generalmente en el momento del servicio.
- El coaseguro, que es diferente de los copagos, es su parte del costo de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del monto permitido para el servicio. Por ejemplo, si el monto permitido del plan es un procedimiento de restauración (por ejemplo, una corona) es de \$1,000, su pago de coaseguro del 20% sería de \$200. Esto podría cambiar si aún no ha cubierto su deducible.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el monto permitido. Si un proveedor fuera de la red le cobra más que el monto permitido, usted podría tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un dentista fuera de la red cobra \$1,500 por una corona y el monto permitido es de \$1,000, usted podría tener que pagar los \$500 de diferencia. (Esto se llama cobro de saldo).
- Este plan puede animarlo a utilizar proveedores dentro de la red cobrándole deducibles, copagos y coaseguros más bajos.



Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de haber alcanzado su deducible, si corresponde 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.

Dental Treatment	Services You May Need	What you will pay if you use:		Limitations, Exceptions, & Other Important Information *Waiting periods noted where applicable
		In-Network Provider	¹ Out-of-Network Provider	
Chequeo de rutina	Exámenes	Adulto: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
		Menor: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
	Limpiezas	Adulto: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
		Menor: 0%	0%	2 veces por período de beneficios
	Fluoruro	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Selladores	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Radiografías de boca completa	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Las radiografías de tipo bitewing	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	
	Radiografías de un solo diente	Adulto: 0%	0%	
		Menor: 0%	0%	

¿Necesita más información sobre su cobertura dental? Visite DeltaDentalWA.com o llame al 1-888-899-3734.

	Mantenedor de espacio	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 0%	0%	
	Óxido nitroso	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	Puede usarse para sedación una vez al día. El deducible de la póliza se aplica al óxido nitroso para la atención de rutina.
Rellenar una caries	Amalgama (plata) (diente frontal)	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Amalgam (plata) diente posterior	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Composite diente frontal	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Composite diente posterior	Adulto: 50%	50%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
		Menor: 30%	30%	La misma superficie en el mismo diente se cubre una vez cada dos años desde la fecha del tratamiento.
	Óxido nitroso	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	Puede usarse para sedación una vez al día. El deducible de la póliza se aplica al óxido nitroso para la atención de rutina.
El relleno temporal	Adulto: No incluido	No incluido		
	Menor: No incluido	No incluido		
Cuidado de restauración	Mantenimiento Periodontal	Adulto: 100%	100%	2 veces por período de beneficios.
		Menor: 100%	100%	Cubierto una vez por cuadrante cada 12 meses.
	Destartraje y Alisado Radicular	Adulto: 50%	50%	Cubierto una vez por cuadrante cada 3 años.
		Menor: 70%	70%	El raspado periodontal y el alisado radicular están cubiertos para niños de 13 años en adelante, una vez por cuadrante cada dos años.
	Coronas	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 50%	50%	Cubiertas para niños de 12 a 18 años, y solo una vez por diente cada cinco años a partir de la fecha del asiento.
	Reemplazo de la corona del diente	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 50%	50%	Cubiertas para niños de 12 a 18 años, y solo una vez por diente cada cinco años a partir de la fecha del asiento.
	Las incrustaciones dentales	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 50%	50%	Cubierto una vez cada 5 años para niños de 12 a 18 años.
La endodoncia	Adulto: No incluido	No incluido		
	Menor: 30%	30%	Cubierto para dientes anteriores, premolares y molares.	

	Pulpotomía	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	
Extracción de dientes	Extracción	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	
	Extracción quirúrgica	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: 30%	30%	
Cirugía bucal avanzada	Cirugía bucal	Adulto: No incluido	No incluido	No cubiertos: reemplazo/injerto óseo; trasplante de dientes; Relleno óseo generativo.
		Menor: 30%	30%	
	Cirugía periodontal	Adulto: No incluido	No incluido	Cubierto una vez por cuadrante cada tres años.
		Menor: 30%	30%	
	Anestesia general	Adulto: No incluido	No incluido	Cubierto caso por caso cuando su menor recibe servicios cubiertos por este plan, entre 9 y 18 años.
		Menor: 30%	30%	
Ortodoncia médicamente necesaria	Frenos	Adulto: No incluido	No incluido	Los servicios de ortodoncia cosmética no están cubiertos. Se requiere autorización previa antes del tratamiento.
		Menor: 50%	50%	
	Dispositivos removibles	Adulto: No incluido	No incluido	Los servicios de ortodoncia médica deben tener autorización previa antes de realizar el tratamiento.
		Menor: 50%	50%	
Protésicas	Implante	Adulto: No incluido	No incluido	
		Menor: No incluido	No incluido	
	Dentaduras Parciales	Adulto: No incluido	No incluido	Cubierto una vez cada siete años.
		Menor: 50%	50%	
	Dentaduras postizas completas	Adulto: No incluido	No incluido	Cubierto para un superior e inferior completo durante el tiempo que su Menor esté inscrito en este plan.
		Menor: 50%	50%	
	Reparación de puentes o dentaduras postizas	Adulto: No incluido	No incluido	Cubierto después de un año a partir de la fecha del asiento original.
		Menor: 50%	50%	
	Rebase o Rebase de Dentaduras Postizas	Adulto: No incluido	No incluido	Cubierto una vez por arco cada tres años después de los seis meses iniciales a partir de la Fecha de asiento.
		Menor: 50%	50%	

¹Delta Dental of Washington no tiene control sobre los cargos o las prácticas de facturación de los dentistas que no tienen contrato con nosotros. Nuestros pagos por los servicios prestados por estos dentistas se basarán en los cargos reales o en las tarifas máximas permitidas de Delta Dental of Washington para dentistas no participantes.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que este plan NO cubre (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios excluidos).

Frenos tradicionales, Servicios o suministros cosméticos, implante dental, Adulto coronas, Adulto canal raíz, Adulto reemplazo de dientes, Adulto dispositivos removibles, Adulto cirugía bucal avanzada.

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su póliza o documento del plan para ver otros servicios cubiertos).

La Lesión Accidental

Derecho a quejas y apelaciones

Si tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura para reclamos según su plan, es posible que pueda apelar o presentar una queja. Para Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: Delta Dental of Washington P.O. Box 75983 Seattle, WA 98175-0983, o memberappeals@deltadentalwa.com, o 888-899-3734.

¿Esta cobertura proporciona una cobertura mínima esencial?

Este plan o póliza satisface los requisitos de valor mínimo y beneficios de la Ley de Cuidado Asequible para el beneficio de salud esencial de cuidado dental pediátrico..