

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
What is the premium amount?	\$37.32	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 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.
What is the out-of-pocket limit on my expenses?	\$425 for 1 child \$850 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 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-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 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.

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%	Limited to 3 treatments per calendar year
	Sealants	Covered in Full	30%	Limited to permanent bicuspid and molars only
	Full Mouth X-rays	Covered in Full	30%	<ul style="list-style-type: none"> • A panoramic film or complete series (full-mouth) x-ray once every 36 months, but not both • Occlusal intraoral x-rays are limited to once every 24 months
	Bitewing X-ray	Covered in Full	30%	Bitewing x-rays up to a maximum of 4 are limited to 2 per calendar year
	Single Tooth X-rays	Covered in Full	30%	
	Space Maintainers	Covered in Full	30%	Limited to members age 12 years and younger
	Nitrous oxide	50%	50%	Limited to once per day

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

Coverage for: Children age 0-18

Filling a Cavity	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	50%	50%	Limited to once per day
	Temporary Filings	20%	40%	
Restorative Care	Periodontal Maintenance Cleanings (Treatment of gums)	20%	40%	Periodontal maintenance limited to 4 per calendar year for members age 13 or older
	Periodontal Scaling and Root Planing	20%	40%	<ul style="list-style-type: none"> • Full mouth debridement is limited to once every 3 years • Periodontal scaling and root planing is covered for members age 13 years and older and is limited to once per quadrant every 24 months
	Crowns	50%	50%	Covered for members age 12 years and older, limited to permanent anterior teeth only and limited to once every five years
	Replacement of a Crown	50%	50%	Indirect crowns only covered for members age 12 years and older, limited to permanent anterior teeth only and limited to once every five years
	Onlays	50%	50%	Covered for members age 12 years and older, limited to permanent anterior teeth only and limited to once every five years
	Root canal (per tooth)	50%	50%	Limited to permanent anterior, bicuspid, and molar teeth excluding teeth 1, 16, 17, and 32
	Pulpotomy	50%	50%	Limited to primary posterior and permanent anterior, bicuspid, and molar teeth excluding teeth 1, 16, 17, and 32
Tooth Extraction	Extraction (per tooth)	20%	40%	
	Surgical Extraction (per tooth)	50%	50%	

Advanced Oral Surgery	Oral surgery	50%	50%	Frenuloplasty/frenulectomy limited to members age 6 and under
	Periodontal Surgery	50%	50%	Gingivectomy/gingivoplasty limited to once every three years and osseous/mucogingival limited to once every five year
	General Anesthesia	50%	50%	
Orthodontia	Braces	50%	50%	For specific malocclusions
	Removable appliances	Not covered	Not covered	
Prosthetics	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_2025 (01-01-2025)

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 ማሳሪያዎችን 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?
¿Qué es el monto de la prima?	\$37.32	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 total?	\$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 no 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?	\$425 para 1 niño \$850 para más de 2 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 no se incluye en el desembolso máximo?	Primas, servicios no cubiertos.	Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su 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 específicos para niños. Este plan no cubre beneficios para adultos.
¿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 una derivación para ver a un especialista?	No	Usted puede ver al especialista que elija sin el permiso de este plan.

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

- **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 **deducibles, copagos** y montos de **coseguro** más bajos.

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro son 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%	Limitado a 3 tratamientos por año calendario.
	Selladores	Cobertura completa	30%	Limitado únicamente a bicúspides y molares permanentes.
	Radiografías de boca completa	Cobertura completa	30%	<ul style="list-style-type: none"> • Una radiografía panorámica o una serie completa de radiografías (boca completa) cada 36 meses, pero no ambas. • Las radiografías intraorales oclusales se limitan a una cada 24 meses.
	Radiografía de aleta de mordida	Cobertura completa	30%	Las radiografías de aleta de mordida hasta un máximo de 4 se limitan a 2 por año calendario.

	Radiografías de un solo diente	Cobertura completa	30%	
	Mantenedores de espacio	Cobertura completa	30%	Limitado a miembros menores de 12 años
	Óxido nítrico	50%	50%	Se limita a uno por día
Empastes	Amalgama (incrustaciones de plata) 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	50%	50%	Se limita a uno por día
	Incrustaciones temporales	20%	40%	
Atención restauradora	Limpiezas periodontales (tratamiento de encías)	20%	40%	Mantenimiento periodontal se limita a 4 por año calendario para miembros de 13 años o mayores.
	Raspado periodontal y alisado radicular	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 cubiertos para miembros de 13 años o más y están limitados a una vez por cuadrante cada 24 meses
	Coronas	50%	50%	Cubierto para miembros mayores de 12 años, limitado a dientes anteriores permanentes solamente y limitado a una vez cada cinco años
	Reemplazo de una corona	50%	50%	Coronas indirectas solo cubiertas para miembros mayores de 12 años, limitado a dientes anteriores permanentes solamente y limitado a una vez cada cinco años
	Recubrimientos	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)	50%	50%	Se limitan a permanentes, bicúspides y molares anteriores, excepto los dientes 1, 16, 17 y 32
	Pulpotomía	50%	50%	Se limitan a bicúspides y molares posteriores primarios y anteriores permanentes, excepto los dientes 1, 16, 17 y 32.
Extracción de diente	Extracción (por diente)	20%	40%	
	Extracción quirúrgica (por diente)	50%	50%	
Cirugía bucal avanzada	Cirugía bucal	50%	50%	Frenuloplastia/frenulectomía limitada a miembros menores de 6 años
	Cirugía periodontal	50%	50%	Gingivectomía/gingivoplastia limitada a una vez cada tres años y ósea/mucogingival limitada a una vez cada cinco años
	Anestesia general	50%	50%	
Ortodoncia	Frenos	50%	50%	Para maloclusiones específicas.
	Aparatos removibles	Sin cobertura	Sin cobertura	
Prótesis	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 rerevestimiento 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
- Aparatos de limpieza
- 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 de pines además de 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.