



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.lifewisewa.com or by calling 1-800-592-6804.

Important Questions	Answers	Why this Matters
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.
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 in this document. 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.

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

Individual Pediatric Dental Benefits

Coverage for: Children age 0-18

Important Questions	Answers	Why this Matters		
What is the premium amount?	0-18 yr old: \$27.63 19+ yr old: \$32.68	The premium amount is a monthly fee you must pay to your insurance company to receive pediatric dental benefits insurance.		
What is the overall deductible?	\$65	You must pay all the costs related to covered services up to the deductible amount before the pediatric dental benefit 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).		
Does the deductible apply to preventive services?	No	The deductible does not apply to preventive exams, cleanings, or other preventive services under the pediatric dental benefit.		
What is the out-of-pocket limit on my expenses?	\$375 for 1 child \$750 for 2+ children	The pediatric dental care 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 pediatric 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 pediatric dental 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 for pediatric dental benefits.		
Dental Treatment	Services You May Need	Your Cost If You Use an In-Network Provider	Your Cost If You Use an Out-of-Network Provider	Limitations & Exceptions
Routine Check-up	Exams	Covered in Full	30%	Routine, comprehensive and periodic oral evaluations are limited to 2 visits per calendar year.
	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
	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

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

				<ul style="list-style-type: none"> • Bitewing x-rays up to a maximum of 4 are limited to 2 per calendar year • Occlusal intraoral x-rays are limited to once every 24 months
	Nitrous oxide	50%	50%	
Filling a Cavity	Amalgam	20%	40%	Limited to once every 24 months
	Composite	20%	40%	Limited to once every 24 months
Other Restorative Care	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 teeth	50%	50%	<ul style="list-style-type: none"> • Initial placement of bridges (fixed partial dentures) is limited to once every 7 years after the original was placed. • Replacement of complete denture or overdenture is limited to 1 per lifetime and at least 5 years after the original was placed. • Resin partial denture; replace 1 every 3 years
Root Canal	Root canals	50%	50%	Limited to primary posterior and permanent anterior, bicuspid, and molar teeth excluding teeth 1, 16, 17, and 32

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

Non-Surgical Treatment of Gums	Full mouth debridement	20%	40%	Full mouth debridement is limited to once every 3 years
	Periodontal maintenance	20%	40%	Periodontal maintenance limited to 4 per calendar year for members age 13 or older
	Periodontal scaling and root planing	50%	50%	Periodontal scaling and root planing is covered for members age 13 years and older and is limited to once per quadrant every 24 months
Tooth Extraction	Simple tooth extraction	20%	40%	
Advanced Oral Surgery	Oral surgery	50%	50%	Ages 6 and under
Medically Necessary Orthodontia	Braces	50%	50%	For specific malocclusions
	Removable appliances	Not covered	Not covered	

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

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

- 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

Individual Adult Dental Benefits

Coverage for: Adults 19 and over

Important Questions	Answers	Why this Matters
What is the premium amount?	\$36.17	The premium amount is a monthly fee you must pay to your insurance company to receive adult dental benefits.
What is the overall deductible?	\$0	The adult dental benefit does not have a calendar year deductible.
What is the out-of-pocket limit on my expenses?	\$0	The adult dental benefit does not have an out-of-pocket limit.
What is the overall annual limit on what the plan pays?	\$1000	The adult dental benefit has a \$1000 calendar year maximum. The adult dental benefit does not cover benefits for children.

Dental Treatment	Services You May Need	Your Cost If You Use an In-Network Provider	Your Cost If You Use an Out-of-Network Provider	Limitations & Exceptions
Routine Check-up	Exams	Covered in Full	20%	Routine, comprehensive and periodic oral evaluations are limited to 2 visits per calendar year.
	Cleanings	Covered in Full	20%	Limited to 2 per calendar year
	Fluoride	Covered in Full	20%	Limited to one treatment per calendar year
	Sealants or Preventive resin restorations	Covered in Full	20%	Limited to once every 2 calendar years, for posterior permanent teeth only
	X-rays	Covered in Full	20%	• A panoramic film or complete series (full-mouth) x-ray once every 5

Questions: Call **1-800-592-6804** or visit us at www.lifewisewa.com. If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.lifewisewa.com or call **1-800-592-6804** to request a copy.

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

				calendar years, but not both • Bitewing x-rays once per calendar year•
	Periodontal maintenance	Covered in Full	20%	Periodontal maintenance limited to 4 visits per calendar year
Filling a Cavity	Amalgam	40%	60%	Limited to once every 2 calendar years
	Composite	40%	60%	Limited to once every 2 calendar years
Scaling and Root Planing	Periodontal scaling and root planing	40%	60%	Periodontal scaling and root planing limited to once per quadrant every 3 calendar years, from treatment date
Localized Delivery of Antimicrobial Agents	Antimicrobial medication	40%	60%	
Emergency Palliative Treatment	Palliative treatment	40%	60%	

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

- 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

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

- 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
- Oral and maxillofacial surgery including extraction and removal of teeth
- Alveoplasty 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

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 1-800-592-6804.

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.

049006_2023 (10-01-2022)



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, sex, gender identity, or sexual orientation. LifeWise does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. LifeWise provides free aids and services to people with disabilities 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 services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the 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, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-6396, Fax: 425-918-5592, TTY: 711, Email AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the 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>.

Language Assistance

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-817-3056 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-817-3056 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-817-3056 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-817-3056 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-817-3056 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-817-3056 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-817-3056 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-817-3056 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-817-3056 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-817-3056 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-817-3056 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-817-3056 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-817-3056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-817-3056 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າສ່ຽງຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-817-3056 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-817-3056 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-817-3056 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-817-3056 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-817-3056 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-817-3056 (TTY: 711).

توجہ: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-817-3056 (TTY: 711) تماس بگیرید.



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.lifewisewa.com o llamando al 1-800-592-6804.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿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.
¿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 se indican en este documento. 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.

Beneficios dentales pediátricos individuales**Cobertura para:** Niños de 0 a 18 años

años

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?		
¿Qué es el monto de la prima?	0-18 años: \$27.63 19+ años: \$32.68	El monto de la prima es una tarifa mensual que usted debe pagarle a su compañía de seguros para recibir beneficios del seguro dental pediátrico.		
¿Cuánto es el deducible general?	\$65	Antes de que el beneficio dental pediátrico 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).		
¿Se aplica el deducible a servicios preventivos?	No	El deducible no se aplica a exámenes y limpiezas preventivos, u otros servicios preventivos en virtud del beneficio dental pediátrico.		
¿Qué es el límite de desembolso para mis gastos?	\$375 para 1 niño \$750 para más de 2 niños	El límite de desembolso de atención dental pediátrica 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 pediátrica.		
¿Qué cosas no se incluyen en el desembolso máximo?	Primas, servicios no cubiertos.	Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su desembolso máximo de atención dental pediátrica.		
¿Existe un límite anual general sobre lo que el plan paga?	No	No existe un límite anual general sobre lo que el plan pagará por beneficios dentales pediátricos.		
Tratamiento dental	Servicios que podría necesitar	Su costo si consulta a un proveedor dentro de la red	Su costo si consulta a un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Control de rutina	Exámenes	Se cubre por completo	30 %	Las evaluaciones bucales periódicas, generales y de rutina se limitan a 2 visitas por año calendario.
	Limpiezas	Se cubre por completo	30%	Limitado a 2 por año calendario.
	Flúor	Se cubre por completo	30%	Limitado a 3 tratamientos por año calendario.
	Selladores	Se cubre por completo	30 %	Limitado únicamente a bicúspides y molares permanentes.

	Radiografías	Se cubre por completo	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 de aleta de mordida hasta un máximo de 4 se limitan a 2 por año calendario. • Las radiografías intraorales oclusales se limitan a una cada 24 meses.
	Óxido nítrico	50 %	50%	
Empastes	Amalgamas	20 %	40%	Limitado a uno cada 24 meses
	Compuestos	20 %	40%	Limitado a uno cada 24 meses
Otra atención restauradora	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 dientes	50 %	50 %	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación inicial de puentes (prótesis dentales fijas y móviles) se limita a una cada 7 años después de que se haya colocado el original. • Reemplazo de prótesis dentales completas o de sobredentadura se limita a 1 de por vida y al menos 5 años después de que se haya colocado el original. • Dentadura parcial de resina, reemplazo de 1 cada 3 años

Conducto radicular	Conductos radiculares	50 %	50%	Se limitan a bicúspides y molares posteriores primarios y anteriores permanentes, excepto los dientes 1, 16, 17 y 32.
Tratamiento no quirúrgico de encías	Desbridamiento de boca completa	20 %	40 %	Desbridamiento de boca completa limitado a uno cada 3 años calendario
	Mantenimiento periodontal	20 %	40 %	Mantenimiento periodontal se limita a 4 por año calendario para miembros de 13 años o mayores.
	Raspado periodontal y alisado radicular	50 %	50%	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
Extracción de diente	Extracción simple de diente	20 %	40 %	
Cirugía bucal avanzada	Cirugía bucal	50 %	50 %	Menores de 6 años
Ortodoncia necesaria por motivos médicos	Frenos	50 %	50 %	Para maloclusiones específicas.
	Aparatos removibles	Sin cobertura	Sin cobertura	

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 endóseo, epóseo y transóstico;
 - 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 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 médica
- 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

Beneficios dentales individuales para adultos

Cobertura para: Adultos mayores

de 19 años

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?		
¿Qué es el monto de la prima?	\$36.17	El monto de la prima es una tarifa mensual que usted debe pagarle a su compañía de seguros para recibir beneficios del seguro dental para adultos.		
¿Cuánto es el deducible general?	\$0	El beneficio dental para adultos no tiene un deducible por año calendario.		
¿Qué es el límite de desembolso para mis gastos?	\$0	El beneficio dental para adultos no tiene un desembolso máximo.		
¿Cuál es el límite anual general sobre lo que el plan paga?	\$1000	El beneficio dental para adultos tiene un máximo de \$1000 por año calendario. El beneficio dental para adultos no cubre los beneficios para niños.		
Tratamiento dental	Servicios que podría necesitar	Su costo si consulta a un proveedor dentro de la red	Su costo si consulta a un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Control de rutina	Exámenes	Se cubre por completo	20 %	Las evaluaciones bucales periódicas, generales y de rutina se limitan a 2 visitas por año calendario.

	Limpiezas	Se cubre por completo	20 %	Limitado a 2 por año calendario.
	Flúor	Se cubre por completo	20 %	Limitado a 1 tratamiento por año calendario.
	Selladores o restauraciones preventivas de resina	Se cubre por completo	20 %	Limitado a una vez cada 2 años calendario, solo para dientes permanentes posteriores
	Radiografías	Se cubre por completo	20 %	<ul style="list-style-type: none"> • Una radiografía panorámica o una serie completa de radiografías (boca completa) cada 5 años calendario, pero no ambas. • Radiografías de mordida una vez por año calendario•
	Mantenimiento periodontal	Se cubre por completo	20 %	Mantenimiento periodontal (se limita a 4 visitas por año calendario)
Empastes	Amalgamas	40 %	60%	Limitado a una vez cada 2 años calendario
	Compuestos	40 %	60%	Limitado a una vez cada 2 años calendario
Raspado periodontal y alisado radicular	Raspado periodontal y alisado radicular	40 %	60%	Raspado periodontal y alisado radicular se limitan a uno por cuadrante cada 3 años calendario, desde la fecha de tratamiento
Administración localizada de agentes antimicrobianos	Medicación antimicrobiana	40 %	60%	
Tratamiento paliativo de emergencia	Tratamiento paliativo	40 %	60%	

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 pediátrica
- Servicios de prediagnóstico, como detección o evaluaciones
- 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 provisorias, 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
- Cirugía periodontal
- Férula provisional
- Desbridamiento de boca completa
- Dentaduras postizas completas y parciales que incluyen ajustes, reparaciones, rebase, relineación 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
- 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 la relineación
- Análisis oclusal
- Ajuste oclusal (limitado y completo)
- Microabrasión del esmalte, odontoplastia y blanqueamiento
- Medicamentos con receta médica

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 1-800-592-6804.

¿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.



La discriminación es prohibida

LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. LifeWise no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

LifeWise:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que LifeWise no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-6396, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: 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). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.



Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-817-3056 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-817-3056 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-817-3056 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-817-3056 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-817-3056 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-817-3056 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-817-3056 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-817-3056 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អប្រថាប់ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-817-3056 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-817-3056 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-817-3056 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-817-3056 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-817-3056 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-817-3056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-817-3056 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າສ່ຽງຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-817-3056 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-817-3056 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-817-3056 (ATS : 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-817-3056 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-817-3056 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-817-3056 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-817-3056 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.