

## Delta Dental for Better Health

Get discounted services inside Delta's wide network of DDS doctors and great coverage rates, including 100% on preventative care and, on the Premier Plan, 40% on braces.

**Save  
Even More**  
when you stay  
on a 6-month  
checkup  
schedule!



**YOUR DENTAL  
COVERAGE**  
*includes*  
**TWO**  
**CLEANINGS**  
**PER CALENDAR YEAR**





# Dental Plan Options & Contributions

## Benefits

Benefits and Services	Plan A—Premier		Plan B—Value	
	Delta Dental PPO Dentist	Delta Dental Premier Dentist	Delta Dental PPO Dentist	Delta Dental Premier Dentist
Maximum Annual Benefits – per covered participant	\$2,000	\$2,000	\$1,250	\$1,250
Applicable Annual Deductible	\$50 Individual/\$100 Family	\$50 Individual/\$100 Family	\$50 Individual/\$100 Family	\$50 Individual/\$100 Family
Preventative Services	100%, Up to plan limits	100%, Up to plan limits	100%, Up to plan limits	100%, Up to plan limits
Basic Restorative Services	80%, after applicable deductible	70%, after applicable deductible	80%, after applicable deductible	70%, after applicable deductible
Major Restorative Services	50%, after applicable deductible	40%, after applicable deductible	50%, after applicable deductible	40%, after applicable deductible
Orthodontic Services	50%, after applicable deductible	40%, after applicable deductible	Not Available	Not Available
Maximum Orthodontic Benefit (up to age 19)	\$2,500 *Lifetime	\$2,500 *Lifetime	Not Available	Not Available

\*Lifetime Maximum Benefit Per Person— \$2,500 | Orthodontic Age Limit— Dependent children up to age 19

## Plan A Contributions

Coverage (Delta Dental)	Employee Contribution (Weekly)	Employee Contribution (Monthly)
Employee	\$3.31	\$14.35
Employee + Spouse	\$6.62	\$28.67
Employee + Child	\$7.61	\$32.97
Family	\$10.33	\$44.75

## Plan B Contributions

Coverage (Delta Dental)	Employee Contribution (Weekly)	Employee Contribution (Monthly)
Employee	\$1.86	\$8.08
Employee + Spouse	\$3.74	\$16.20
Employee + Child	\$4.30	\$18.63
Family	\$6.42	\$27.82

## Non-Participating (Not in PPO or Premier) Dental Providers Adjustments

Diagnostic & Preventative	
Diagnostic & Preventative Services (exams, cleanings, fluoride & space maintainers)	90%
Sealants	90%
Brush Biopsy	90%
Radiographs (x-rays)	90%
Basic Services	
Emergency Palliative Treatment	60%
Minor Restorative Services (fillings)	60%
Endodontic Services (root canals)	60%
Periodontic Services	60%
Oral Surgery Services (extractions and dental surgery)	60%
Other Basic Services	60%
Relines and Repairs (to bridges, implants, and dentures)	60%
Major Services	
Crown Repair (to individual crowns)	30%
Major Restorative Services (crowns)	30%
Prosthodontic Services (bridges, implants, and dentures)	30%
Orthodontic Services	
Braces	30%

## Delta Dental para una mejor salud

Obtenga servicios descontados dentro de la amplia red de Delta de médicos DDS y grandes tarifas de cobertura, incluyendo el 100% en atención preventiva y, en el Plan Premium, 40% en aparatos dentales.



¡Ahorre  
aún más  
cuando  
mantiene un  
calendario de  
chequeos cada  
seis meses!

SU COBERTURA  
DENTAL  
*Incluye*  
**DOS**  
**LIMPIEZAS**  
POR AÑO CALENDARIO





# Opciones y contribuciones al plan dental

## Beneficios

Beneficios y servicios	Plan A—Premium		Plan B—Intermedio	
	Delta Dental Dentista PPO	Delta Dental Dentista Premium	Delta Dental Dentista PPO	Delta Dental Dentista Premium
Máximos de beneficios anuales—por participante cubierto	\$2,000	\$2,000	\$1,250	\$1,250
Deducible anual aplicable	\$50 Individual/\$100 Familia	\$50 Individual/\$100 Familia	\$50 Individual/\$100 Familia	\$50 Individual/\$100 Familia
Servicios preventivos	100%, hasta los límites del plan	100%, hasta los límites del plan	100%, hasta los límites del plan	100%, hasta los límites del plan
Servicios básicos de restauración dental	80%, después del deducible aplicable	70%, después del deducible aplicable	80%, después del deducible aplicable	70%, después del deducible aplicable
Servicios de restauración mayores	50%, después del deducible aplicable	40%, después del deducible aplicable	50%, después del deducible aplicable	40%, después del deducible aplicable
Servicios de ortodoncia	50%, después del deducible aplicable	40%, después del deducible aplicable	No disponible	No disponible
Máximo beneficio ortodóntico (hasta la edad de 19 años)	\$2,500 *de por vida	\$2,500 *de por vida	No disponible	No disponible

\*Beneficio máximo de por vida por persona— \$2,500 | Límite de edad para ortodoncia— Hijos a su cargo hasta la edad de 19

## Contribuciones al Plan A

Cobertura (Delta Dental)	Empleado empleado (semanalmente)	Empleado Contribución (Mensualmente)
Empleado	\$3.31	\$14.35
Empleado + Cónyuge	\$6.62	\$28.67
Empleado + Hijo a su cargo	\$7.61	\$32.97
Familiar	\$10.33	\$44.75

## Contribuciones al Plan B

Cobertura (Delta Dental)	Empleado empleado (semanalmente)	Empleado empleado (mensualmente)
Empleado	\$1.86	\$8.08
Empleado + Cónyuge	\$3.74	\$16.20
Empleado + Hijo a su cargo	\$4.30	\$18.63
Familiar	\$6.42	\$27.82

## Ajustes a proveedores dentales no participantes (no dentro de PPO ni Premium)

Diagnóstico y preventivos	
Servicios de diagnóstico y preventivos (exámenes, limpiezas, fluoruro y mantenedores de espacios)	90%
Selladores	90%
Biopsia con cepillo	90%
Radiografías (rayos x)	90%
Servicios básicos	
Tratamiento paliativo de emergencia	60%
Servicios de restauración menores (rellenos)	60%
Servicios de endodoncia (conductos radiculares)	60%
Servicios de periodoncia	60%
Servicios de cirugía bucal (extracciones y cirugía dental)	60%
Otros servicios básicos	60%
Realineaciones y reparaciones (de puentes, implantes y dentaduras)	60%
Servicios mayores	
Reparación de corona (coronas individuales)	30%
Servicios de restauración mayores (coronas)	30%
Servicios de prostodoncia (puentes, implantes y dentaduras)	30%
Servicios de ortodoncia	
Aparatos ortodónticos	30%