

DENTAL CARE

| Dental | |
|------------------------|-----------|
| Employee Type | Amt/Month |
| Employee Only (EE) | \$50 |
| Employee & Spouse (ES) | \$80 |
| Employee & Child (EC) | \$80 |
| Employee & Family (EF) | \$120 |



**PREVENTIVE
DENTAL CARE
INCLUDED**

DENTAL PLAN SUMMARY

Your Dental Care plan includes 100% covered dental care, no waiting periods, and flexibility. Coverage tiers include preventive, basic, major, and orthodontic services. If you need assistance, or have any questions, feel free to contact a Benefit Advocate at 888-920-7526.



**COVERAGE
TIERS**

COVERAGE

| Dental Service | In-Network | Out-of-Network |
|----------------|------------|----------------|
| Preventive | 100% | 50% |
| Basic | 80% | 40% |
| Major | 50% | 25% |
| Orthodontic | 25% | 25% |



**NATIONWIDE
NETWORK**

NETWORK

Your plan provides access to the Connection Dental® national PPO network of dental providers. You can search for a provider by calling 800-513-7177 or visiting www.gehasolutions.com and using the provider search tool.



**LIMITS &
DEDUCTIBLES**

LIMITS

| Plan Year Limit | Lifetime Limit |
|--|---|
| Your plan will pay up to \$2,000 per member, per year. All coverage tiers apply to the plan year limit. | The only lifetime limit for this plan is a \$1,000 per-member limit on orthodontic services. |
| Member-only Deductible | Family Deductible |
| Your plan has a \$50 per-member deductible that applies to basic, major, and orthodontic services. | Your plan has a \$150 per-family deductible that applies to basic, major, and orthodontic services. |

No deductibles apply to preventive dental care.

DENTAL CARE



| Dental | |
|------------------------|------------------|
| Employee Type | Amt/Month |
| Employee Only (EE) | \$50 |
| Employee & Spouse (ES) | \$80 |
| Employee & Child (EC) | \$80 |
| Employee & Family (EF) | \$120 |

RESUMEN DEL PLAN DENTAL

Su plan Dental Care (atención odontológica) incluye atención dental 100 % cubierta, sin períodos de espera y flexibilidad. Los niveles de cobertura incluyen servicios preventivos, básicos, mayores y de ortodoncia. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con un defensor de beneficios al 888-920-7526.

COBERTURA

| Servicio odontológico | Dentro de la red | Fuera de la red |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Preventivo | 100 % | 50 % |
| Básico | 80 % | 40 % |
| Mayor | 50 % | 25 % |
| Ortodoncia | 25 % | 25 % |

RED

Su plan proporciona acceso a la red nacional de proveedores dentales PPO de Connection Dental®. Puede buscar un proveedor llamando al 800-513-7177 o visitando www.gehasolutions.com y utilizando la herramienta de búsqueda de proveedores.

LÍMITES

| Límite por año del plan | Límite de por vida |
|---|---|
| Su plan pagará hasta \$2,000 por miembro, por año. Todos los niveles de cobertura se aplican al límite anual del plan. | El único límite de por vida para este plan es un límite de \$1,000 por miembro para los servicios de ortodoncia. |
| Deducible solo para miembros | Deducible familiar |
| El plan tiene un deducible de \$50 por miembro que se aplica a los servicios básicos, mayores y de ortodoncia. | El plan tiene un deducible de \$150 por familia que se aplica a los servicios básicos, principales y de ortodoncia. |

No se aplican deducibles a la atención dental preventiva.