

DENTAL ELITE

Dental	
Employee Type	Amt/Month
Employee Only (EE)	\$60
Employee & Spouse (ES)	\$100
Employee & Child (EC)	\$100
Employee & Family (EF)	\$140



**PREVENTIVE
DENTAL CARE
INCLUDED**

DENTAL PLAN SUMMARY

Your Dental Elite 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	100%	40%
Major	60%	25%
Orthodontic	50%	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 \$5,000 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 ELITE

Dental	
Employee Type	Amt/Month
Employee Only (EE)	\$60
Employee & Spouse (ES)	\$100
Employee & Child (EC)	\$100
Employee & Family (EF)	\$140



RESUMEN DEL PLAN DENTAL

Su plan Dental Elite (atención odontológica de élite) 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	100 %	40 %
Mayor	60 %	25 %
Ortodoncia	50 %	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 \$5,000 por miembro, al 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 en 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, mayores y de ortodoncia.

No se aplican deducibles a la atención dental preventiva.