

You must visit your selected or assigned DeltaCare network dentist in order to receive benefits.

Your network is Delta Dental's DeltaCare network. Your ID card letter will list the name of your assigned dentist. If you go to a different dentist, your bills can't be paid.*

You can select a DeltaCare network dentist by calling (800) 422-4234 or going to www.deltadentalins.com/deltacare

**If you live in Connecticut, Louisiana, Mississippi, North Carolina, or Oklahoma: You can visit any network dentist without contacting Delta first.*

Debe visitar al dentista de la red DeltaCare seleccionado o asignado para recibir los beneficios.

Su red es la red DeltaCare de Delta Dental. La carta de su tarjeta de identificación incluirá el nombre de su dentista asignado. Si va a un dentista diferente, sus facturas no pueden ser pagadas.*

Usted puede seleccionar un dentista de la red DeltaCare llamando al (800) 422-4234 o visitando www.deltadentalins.com/deltacare

**Si usted vive en Connecticut, Luisiana, Mississippi, Carolina del Norte o Oklahoma: puede visitar a cualquier dentista de la red sin comunicarse primero con Delta.*

<i>You must visit your selected or assigned dentist (listed on your ID card letter) in order to receive benefits. Effective: 06/01/2020</i>	<i>You Pay</i>
Deductible	\$0
Calendar Year Benefit Maximum	None
Routine Oral Exams/Cleanings	\$0
Most X-Rays	\$0
Fillings	\$0
Crowns	\$95 – \$195
Root Canal	\$45 – \$205
Orthodontics—Child under 19 <i>Paid over 24 months</i>	\$2,270 total*
Orthodontics—Adults <i>Paid over 24 months</i>	\$2,470 total*
<i>*Includes all covered pre- and post-service treatment</i>	

<i>Usted debe visitar a su dentista seleccionado o asignado (listado en la carta de su tarjeta de identificación) para recibir beneficios. Vigente a partir del: 06/01/2020</i>	<i>Usted Paga</i>
Deducible	\$0
Máximo de Beneficio por Año Calendario	Ninguno
Exámenes o Limpiezas Orales de Rutina	\$0
La Mayoría de las Radiografías	\$0
Empastes	\$0
Coronas	\$95 – \$195
Conducto Radicular	\$45 – \$205
Ortodoncia—Niños menores de 19 años <i>Se paga durante 24 meses</i>	\$2,270 en total*
Ortodoncia—Adultos <i>Se paga durante 24 meses</i>	\$2,470 en total*
<i>*Incluye todo el tratamiento cubierto previo y posterior al servicio</i>	

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us. • *Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.*