UNITE HERE HEALTH ALASKA

Learn About Your Alaska Plan Dental Benefits



Your Dental Benefits

Deductible *(The amount you pay before the Plan pays anything.)*	**$0**
Annual Maximum *(How much the Plan will pay for your dental care each calendar year.)*	**$2,000 per calendar year**
Picking Your Dentist	You can go to **any dentist you want**.
What You Pay *(You pay <u>half</u> of the cost of the **Maximum Allowed Amount*** for dental services. ***Maximum Allowed Amount:** the most the Plan will pay for a service.)*	**50% coinsurance + any amount your dentist charges above the Maximum Allowed Amount*.** **For Example:** • Your dentist charges **$50** for a service. • The Plan's allowed amount is **$30**. The Plan pays **50% of $30**, which is **$15**. • You will owe **$35 total**. This includes **$15** *(half of the cost of the allowed amount)* **+ $20** *(the difference between the* **$50** *charged and the allowed amount of* **$30***).* **Note**: *You may pay more than half of the bill if your dentist charges more than the allowed amount. Ask your dentist's office how much the service will cost before you get care.*
Who's Covered	**Employees only.** Your dependents **<u>do not</u>** have dental coverage.
Specialists	You can **see specialists without referrals.**

For questions about your Dental Benefits, please contact:

- **Customer Service** at **844-427-8501** or the
- **Advocacy Line** at **844-427-8516**

For dental claims, your dentist should contact:

- **Sele-Dent** at **800-520-3368**
- **<u>Dental claims should be submitted directly to:</u>**

  Sele-Dent, Inc.
  One Huntington Quadrangle, Suite 1C12
  Melville, NY 11747

October 2026

UNITE HERE HEALTH ALASKA

Conozca Acerca de los Beneficios Dentales de su Alaska Plan



Sus Beneficios Dentales

Deducible *(El monto que usted paga antes de que el Plan pague algo.)*	**$0**
Máximo Anual *(Cuanto paga el Plan por su cuidado dental cada año calendario.)*	**$2,000 por año calendario**
Cómo Elegir a su Dentista	Usted puede ir **al dentista que desee**.
Lo que Usted Paga *(Usted paga la mitad del costo del **Monto Máximo Permitido*** para servicios dentales.* ***Monto Máximo Permitido:** el máximo que el Plan pagará por un servicio.)*	**50% de coseguro + cualquier cantidad que su dentista cobre arriba del Monto Máximo Permitido*.** **Por Ejemplo:** • Su dentista cobra **$50** por un servicio. • El Plan permite un máximo de **$30**. El Plan pagará el **50% de los $30**, que son **$15**. • Usted deberá un **total de $35**. Esto incluye **$15** (la mitad del costo del monto permitido) **+ $20** (la diferencia entre los **$50** facturados y los **$30** permitidos). **Nota:** *Usted puede pagar más de la mitad de la factura si su dentista cobra más de lo permitido. Pregunte en el consultorio de su dentista cuánto costará el servicio antes de recibir atención.*
Quién está Cubierto(a)	**Los empleados solamente.** Sus dependientes **no** tienen cobertura dental.
Especialistas	Puede **ver a especialistas sin necesidad de un referido**.

Para preguntas sobre sus Beneficios Dentales, por favor contacte a:

- **Servicio al Cliente** al **844-427-8501** ó
- **La Línea de Consejería** al **844-427-8516**

Para reclamos dentales, su dentista debería contactar a:

- **Sele-Dent** al **800-520-3368**
- **Los reclamos dentales deben enviarse directamente a:**

  Sele-Dent, Inc.
  One Huntington Quadrangle, Suite 1C12
  Melville, NY 11747

Octubre de 2026