

The No Wait Plan — Delta Dental PPO

Side-by-side EN/RU translation in table format • Перевод EN/RU в формате таблицы

Plan Details / Детали плана

| Benefit / Услуга | Description (EN) | Описание (RU) | Plan Pays Year 1 | Year 2 | Year 3 |
|--|--|--|------------------|--------|--------|
| Diagnostic and Preventative Procedures Диагностические и профилактические процедуры | Diagnostic and Preventive – includes exams and cleanings and Brush Biopsy – to detect oral cancer. | Диагностика и профилактика — включает осмотры, чистки и Brush Biopsy (биопсия щёткой) для выявления рака полости рта. | 80% | 90% | 100% |
| Basic Procedures Базовые процедуры | Fluoride Treatment (topical), Bitewing Radiographs, Sealants (permanent molars), Emergency Palliative Treatment (temporary pain relief), Space Maintainers. | Фторирование (местное), рентген bitewing, силанты (для постоянных моляров), неотложная паллиативная помощь (временное снятие боли), удерживатели пространства (space maintainers). | 50% | 60% | 80% |
| Major Procedures Основные (крупные) процедуры | All Other Radiographs, Fillings, Periodontics (gum disease), Endodontics (root canals), Relines & Repairs (bridges/implants/dentures), Oral Surgery (extractions/surgery), Crowns, Prosthodontics (bridges/implants/dentures). | Все прочие рентген-снимки, пломбы, пародонтология (лечение дёсен), эндодонтия (корневые каналы), перебазировка и ремонт (мостов/имплантов/протезов), хирургия (удаления/операции), коронки, протезирование (мосты/импланты/протезы). | 50% | 50% | 50% |
| Orthodontia Procedures Ортодонтия | This plan does not have any benefits for orthodontia. | Этот план не предоставляет льгот по ортодонтии. | 0% | 0% | 0% |

| Item (EN) | Пункт (RU) | Details (EN) | Детали (RU) |
|------------|------------|--|---|
| Disclaimer | Дисклеймер | Reimbursement is based on Delta Dental PPO Contracted Fees for Delta Dental PPO Providers, PPO Contracted Fees for Delta Dental Premier® Providers and PPO Contracted Fees for Non-Delta Dental Providers. | Компенсация рассчитывается по договорным тарифам Delta Dental PPO для PPO-провайдеров, по PPO Contracted Fees для провайдеров Delta Dental Premier® и по PPO Contracted Fees для провайдеров вне сети Delta Dental. |
| Deductible | Франшиза | \$100 per person per calendar year. | \$100 на человека в календарный год. |

| | | | |
|---------------|--------------------------------|-----|-----------|
| Office Co-Pay | Доплата в офисе (Co-Pay) | N/A | Нет / N/A |
|---------------|--------------------------------|-----|-----------|

Plan Cost / Стоимость

| Tier / Уровень | Monthly / Меc | Quarterly / Кв | Semi-Annual / Полгода | Annually / Год |
|--------------------------|---------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Participant Участник | \$49.93 | \$149.79 | \$299.58 | \$599.16 |
| Plus One Участник + 1 | \$91.69 | \$275.07 | \$550.14 | \$1,100.28 |
| Family Семья | \$133.43 | \$400.29 | \$800.58 | \$1,601.16 |

One-time non-refundable processing fee: \$35.00
Единовременный невозвратный сбор: \$35.00

Methods of Payment: Visa • Mastercard • American Express • Discover • Bank draft
Способы оплаты: Visa • Mastercard • American Express • Discover • Банковское списание

Plan Highlights / Ключевые особенности

| English | Русский |
|--|---|
| \$100 deductible per person, per calendar year. | \$100 франшиза на человека в календарный год. |
| Benefits increase after the first and second years. | Покрытие увеличивается после 1-го и 2-го года. |
| Group insurance coverage available to members of Benefits Association Inc. | Групповая страховка доступна членам Benefits Association Inc. |
| Plan Maximum of \$2,000 per person, per calendar year. | Максимум плана: \$2,000 на человека в календарный год. |

FAQ / Часто задаваемые вопросы

| English | Русский |
|---|--|
| Is this insurance? Yes. | Это страховка? Да. |
| Who is eligible for coverage under this plan? Individuals age 18+ and eligible dependents (unmarried children from birth to age 26). | Кто имеет право на участие в плане? Лица 18+ и их иждивенцы (неженатые дети от рождения до 26 лет). |
| How many cleanings a year are covered with this plan? Two cleanings are covered in a 12 month period. | Сколько чисток в год покрывает план? Две чистки покрываются в течение 12 месяцев. |
| Is orthodontia covered? No. Orthodontia is not covered under this plan. | Покрывается ли ортодонтия? Нет. Ортодонтия не покрывается этим планом. |
| Are cosmetic procedures covered? This plan does not cover cosmetic procedures. | Покрываются ли косметические процедуры? План не покрывает косметические процедуры. |
| Does this plan have any limitations or exclusions? Yes. There are some limitations and exclusions with this plan, as with most group insurance policies. | Есть ли ограничения или исключения? Да. Как и у большинства групповых полисов, у плана есть ограничения и исключения. |
| Can I change my dentist once I am in the plan? Yes, you may change your dentist at any time. | Можно ли менять стоматолога после вступления? Да, стоматолога можно менять в любое время. |
| What is the deadline for enrollments? There is no deadline. Applications submitted by the 20th can become effective on the 1st of the following month. Applications received after the 20th can become effective on the 1st of the second month. | Есть ли дедлайн для регистрации? Дедлайна нет. Заявки до 20-го могут вступить в силу с 1-го числа следующего месяца. Заявки после 20-го — с 1-го числа второго следующего месяца. |