

For broker internal training use only. Not for client distribution. Plan availability varies by county. For the full product portfolio please visit [AmbetterHealth.com](#).

Ambetter from Meridian is underwritten by Meridian Health Plan of Michigan, Inc., which is a Qualified Health Plan issuer in the Michigan Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. © 2025 Meridian Health Plan of Michigan, Inc. All rights reserved.



# Adult Vision & Dental Benefit

| Adult Vision (19 years of age and older*) | In-network          | Out-of-network |
|-------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Routine Eye Exam                          | 100% covered        | Not Covered    |
| Eyeglasses (frames)                       | Covered up to \$130 | Not Covered    |
| Lenses (per pair)                         | 100% covered        | Not Covered    |
| Contact lenses (in lieu of glasses)       | Covered up to \$130 | Not Covered    |

\*Adult routine vision does not apply to plan maximum.  
Refer to Schedule of Benefits for full plan details.

| Adult Dental* (19 years of age and older, does not include Pediatric Dental Coverage) | In-network | Out-of-network |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|

Annual Maximum Dental Benefit\*\* - \$1,000 per covered person per calendar year (All benefits subject to Annual Maximum.)

Preventative and Diagnostic (Class 1)

|                                                  |           |             |
|--------------------------------------------------|-----------|-------------|
| Routine Cleaning                                 | No charge | Not Covered |
| Oral Exam                                        | No charge | Not Covered |
| X-ray - bite-wing, full-mouth and panoramic film | No charge | Not Covered |

Minor Restorative (Class 2)

|                                                                   |                 |             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| Minor Restorative - metal and resin-based fillings                | 50% coinsurance | Not Covered |
| Endodontic Therapy                                                | 50% coinsurance | Not Covered |
| Periodontics - scaling, root planning and periodontal maintenance | 50% coinsurance | Not Covered |
| Simple Extractions                                                | 50% coinsurance | Not Covered |
| Prosthodontics - relines, rebase, adjustment and repairs          | 50% coinsurance | Not Covered |

Major Restorative (Class 3)

|                                                |                 |             |
|------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| Crowns and Bridges                             | 50% coinsurance | Not Covered |
| Dentures                                       | 50% coinsurance | Not Covered |
| More complex extractions and surgical services | 50% coinsurance | Not Covered |

\*If you require coverage for Pediatric Dental, please shop on the Health Insurance Marketplace for a stand-alone dental plan.  
\*\*Dental Annual Maximum Benefit does not apply toward any other maximums.  
Refer to Schedule of Benefits for full plan details.

Solamente para uso de capacitación interna de los agentes. No es para distribución a los clientes. La disponibilidad del plan varía según el condado. Para ver el catálogo completo de productos, visite [ambetterhealth.com](https://ambetterhealth.com).

Ambetter de Meridian está suscrito por Meridian Health Plan de Michigan, Inc. que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de Michigan. Esta es publicidad de seguro. © 2025 Meridian Health Plan de Michigan, Inc. Todos los derechos reservados.



# Beneficio dental y de la vista para adultos

| Vista para adultos (19 años de edad y mayores*) | Dentro de la red     | Fuera de la red    |
|-------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| Examen de los ojos de rutina                    | Cubierto 100%        | No están cubiertos |
| Anteojos (monturas)                             | Cubierto hasta \$130 | No están cubiertos |
| Lentes (por par)                                | Cubierto 100%        | No están cubiertos |
| Lentes de contacto (en lugar de anteojos)       | Cubierto hasta \$130 | No están cubiertos |

\*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.  
Consulte el Programa de beneficios para obtener detalles completos del plan.

| Dental para adultos* (19 años de edad y mayores, no incluye cobertura dental pediátrica) | Dentro de la red | Fuera de la red |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|

Annual Maximum Dental Benefit\*\* - \$1,000 per covered person per calendar year (All benefits subject to Annual Maximum.)

Preventivo y diagnóstico (Clase 1)

|                                                                     |           |                    |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|
| Limpieza de rutina                                                  | Sin costo | No están cubiertos |
| Examen oral                                                         | Sin costo | No están cubiertos |
| Radiografía - con aleta mordida, toda la boca y película panorámica | Sin costo | No están cubiertos |

Restauración menor (Clase 2)

|                                                                                             |                  |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Restauración menor - empastes metálicos y de resina                                         | Coseguro del 50% | No están cubiertos |
| Terapia de endodoncia                                                                       | Coseguro del 50% | No están cubiertos |
| Periodoncia - eliminación profunda del sarro, alisado radicular y mantenimiento periodontal | Coseguro del 50% | No están cubiertos |
| Extracciones simples                                                                        | Coseguro del 50% | No están cubiertos |
| Prostodoncia - recubrimientos, rebasado, ajuste y reparaciones                              | Coseguro del 50% | No están cubiertos |

Restauración mayor (Clase 3)

|                                                    |                  |                    |
|----------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Coronas y puentes                                  | Coseguro del 50% | No están cubiertos |
| Dentaduras postizas                                | Coseguro del 50% | No están cubiertos |
| Extracciones más complejas y servicios quirúrgicos | Coseguro del 50% | No están cubiertos |

\*Si requiere cobertura dental pediátrica busque un plan dental independiente en el mercado de seguros de salud.  
\*\*El beneficio dental máximo anual no aplica a ningún otro máximo.  
Consulte el Programa de beneficios para obtener detalles completos del plan.