

# 치과 혜택에 대한 자세한 내용

## 2023

본 문서에서는 당사 플랜 하에서 제공되는 추가적인 치과 혜택에 대한 추가적인 자세한 내용을 제공합니다. 본 문서 또는 귀하의 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 *보장 범위 증명서* 뒷표지나 가입자 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 웹 주소로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

*치과 혜택에 대한 자세한 내용*은 아래 제시된 플랜 혜택 패키지에 적용됩니다. 플랜 혜택 패키지는 오른쪽 아래 모서리에 있는 *보장 범위 증명서*의 표지에 있습니다.

주	플랜 혜택 패키지	플랜 명칭
CA	H0562121000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
CA	H0562129000	Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)
CA	H3561001000	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)
CA	H5087001000	Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)
CA	H5087027000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

**보장되는 치과 혜택:** 아래에 설명된 바와 같이 보장되는 치과 혜택을 관리하기 위해 당사 플랜은 Delta Dental of California와 계약을 체결합니다. 적용 가능한 비용 분담 방식은 2023년 **보장 범위 증명서**를 참조하십시오. 플랜에서 보장되지 않는 열거된 치과 시술은 가입자에 대한 Denti-Cal 주 혜택 하에서 보장되는 혜택이 될 수 있습니다. Denti-Cal 하에서 보장되는 혜택도 검토해 주십시오.

응급 치과 서비스 또는 전문의가 제공하는 서비스를 제외하고(당사로부터 사전 승인을 받아야 함), 해당 보장 서비스를 받으려면 배정된 참여 서비스 제공자에게 문의해야 합니다.

### 치과 2023 혜택 일정

코드	설명	가입자의 지불 비용
D0100-D0999	I. 진단 - 비보장	
D1000-D1999	II. 예방 조치 - 비보장	
D2000-D2999	III. 수복	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>치관은 사전 승인이 필요함</b></li> <li>• 치관은 환자당 역년당 2개로 제한됩니다</li> <li>• 폴리싱, 모든 접착제 및 결합제, 간접 펄프 캐핑, 베이스, 라이너 및 산 에칭 절차가 포함됩니다.</li> <li>• 치관을 교체하려면 기존 수복은 5년 이상이 되어야 합니다.</li> <li>• 명성이 있는 브랜드, 실험실 가공 또는 특수 기술이나 자재를 통해 생산하는 인오피스 가공 치관/가공치는 주목할 만한 업그레이드입니다. 참여하는 치과 의사는 나열된 코페이먼트 외에 \$325.00를 초과하지 않는 추가 요금을 부과할 수 있습니다.</li> <li>• 도재 변연은 미용 옵션입니다. 참여하는 치과 의사는 도재로 최대 \$75.00를 청구하는 데 동의했습니다.</li> </ul>		
D2720	치관 - 고가의 귀금속과 레진	무료
D2722	치관 - 귀금속과 레진	무료
D2750	치관 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	무료
D2752	치관 - 귀금속과 결합된 도재	무료
D2790	치관 - 전체 캐스트 고가의 귀금속	무료
D2792	치관 - 전체 캐스트 귀금속	무료
D3000-D3999	IV. 근관 치료 - 비보장	
D4000-D4999	V. 치주 치료 - 비보장	
D5000-D5899	VI. 보철술(제거 가능)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의치상교환은 역년당 1회로 제한되며 최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않습니다.</li> <li>• 의치 또는 부분 의치 교체 시 기존 의치는 5년 이상이 되어야 합니다.</li> </ul>		

코드	설명	가입자의 지불 비용
D5670	캐스트 금속 틀의 모든 치아 및 아크릴 교체(상악골)	무료
D5671	캐스트 금속 틀 하악골 위에 있는 모든 치아와 아크릴 교체	무료
D5710	의치상교환 완료 상악골 의치	무료
D5711	의치상교환 완료 하악골 의치	무료
D5720	의치상교환 상악골 부분 의치	무료
D5721	의치상교환 하악골 부분 의치	무료
D5900-D5999	VII. 악안면 보철술 - 비보장	
D6000-D6199	VIII. 임플란트 서비스 - 비보장	
D6200-D6999	IX. 보철술, 고정(각 고정 장치 및 각 가공치는 고정 부분 의치[브리지]의 단위를 구성)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>가공치는 5년 동안 치아당 1개로 제한됩니다</li> <li>가공치를 교체하는 경우 기존 브리지는 5년 이상 된 것으로 되어 있어야 합니다.</li> <li>명성이 있는 브랜드, 실험실가공 또는 특수 기술이나 자재를 통해 생산하는 인오피스 가공치는 주목할 만한 업그레이드입니다. 참여하는 치과 의사는 나열된 코페이먼트 외에 \$325.00를 초과하지 않는 추가 요금을 부과할 수 있습니다.</li> <li>도재는 큰어금니 1개당 \$150.00의 가입자 추가 비용을 지불하고 주목할 만한 업그레이드로 간주됩니다.</li> <li>도재 변연은 미용 옵션입니다. 참여하는 치과 의사는 도재로 최대 \$75.00를 청구하는 데 동의했습니다.</li> </ul>	
D6240	가공치 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	무료
D6242	가공치 - 귀금속과 결합된 도재	무료
D6250	가공치 - 고가의 귀금속과 레진	무료
D6252	가공치 - 귀금속과 레진	무료
D7000-D7999	X. 구강 및 악안면 수술 - 비보장	
D8000-D8999	XI. 치과 교정술 - 비보장	
D9000-D9999	XII. 일반 부속 서비스 - 비보장	

### 제한 사항:

- 특정 혜택의 빈도는 제한되어 있습니다. 모든 빈도 제한은 위의 혜택 일정에 나와 있습니다.
- 참여하는 치과 의사는 브랜드 또는 상표명을 이용하는 서비스를 추가 요금을 받고 제공할 수 있습니다. 가입자는 도재/세라믹, 베이스, 귀금속 또는 고가의 귀금속이 포함된 도재 등이 포함될 수 있는 고품질 실험실 가공 치관/가공치에 대한 플랜 혜택을 반드시 제공받아야 합니다. 가입자가 주목할 만한 업그레이드의 대안(Captek, Procera, Lava, Empress 및 Cerec을 포함하되

이에 국한되지 않는 특수 기술이나 소재를 통해 제작되는 브랜드명 실험실 가공 또는 인오피스 가공 치관/가공치)을 선택할 경우 참여하는 치과 의사는 해당 비용 분담 이외에 \$325.00를 초과하지 않는 추가 비용을 부과할 수 있습니다. 추가 비용 또는 명성이 있는 브랜드 서비스에 대한 질문이 있는 경우 가입자 ID 카드의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

### 제외 사항:

1. 위의 혜택 일정에 구체적으로 기재되지 않은 모든 시술. 플랜에서 보장되지 않은 열거된 치과 시술은 가입자에 대한 Denti-Cal 주 혜택 하에서 보장되는 혜택이 될 수 있습니다. Denti-Cal 하에서 보장되는 혜택도 검토해 주십시오.
2. 계약한 치과 의사의 전문적 의견에 따른 모든 시술:
  - 치아 상태 또는 치아 및/또는 주변 구조에 따라 양호한 결과 및 합리적인 수명에 대한 예후가 좋지 않음 또는
  - 일반적으로 인정된 치과 진료 표준과 일치하지 않음.
3. 미용 상의 목적으로만 사용하거나, 구개열, 상부 및 하부 턱 기형, 변색되거나 에나멜 결핍이 있는 선천적으로 누락된 치아 및 치아와 같은 유전성 또는 발달상 결함으로 인한 조건에서만 이용할 수 있습니다. 선천성 기형 또는 출생 이상이 있는 신생아 치료 제외.
4. 도재 치관, 금속 유형 치관이 적용된 금속, 캐스트 금속 또는 레진에 결합된 도재 및 16세 미만의 소아에 대한 고정 부분 의치(브리지).
5. 전체 또는 일부 의치 및 치관을 포함하여 이에 국한되지 않은, 분실 또는 도난된 기구.
6. 수직 치수를 변경하거나 턱관절(TMJ)의 비정상적인 상태를 진단 또는 치료하기 위한 목적으로 이용할 경우 시술, 기구 또는 수복.
7. 전체 의치, 도재 의치, 착탈식 부분 또는 고정 부분 의치의 정밀 교각치(오버레이, 임플란트 및 그와 관련된 기구), 전체 및 부분 의치의 개인화 및 특성화를 위한 착탈식 기구를 위한 귀금속, 금속 또는 영구 소프트 베이스.
8. 임플란트 지원 치과용 기구 및 부착물, 임플란트 배치, 유지보수, 제거 및 치과용 임플란트와 관련된 기타 모든 서비스.
9. 비보장 혜택을 참조하십시오.
10. 비상 치과 서비스를 제외하고, 사전 승인된 치과 전문의인 배정된 네트워크 소속 치과 의사 이외의 치과 시설에서 받은 모든 치과 서비스.
11. 병원, 수술/의료(Medicare Advantage 포함) 또는 처방약 프로그램 하에서 보장되는 서비스 또는 용품.
12. 가입자가 당사 플랜 가입 자격을 갖추기 이전에 시작된 모든 치과 시술과 관련하여 발생한 치과 비용. 예: 치관 준비 치아, 진행 중인 근관, 본을 뜬 전체 또는 부분 의치.
13. 보철 서비스를 전문으로 하는 치과 의사가 제공하는 치료 또는 기구.