

# Сведения о покрытии стоматологических услуг

2023 г.

В настоящем документе приводятся дополнительные сведения о дополнительных стоматологических услугах, покрываемых нашим планом страхования. Чтобы получить более подробную информацию о настоящем документе или доступных вам стоматологических услугах, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона или веб-адресу, указанным на задней обложке *Документа об объеме страховой ответственности страховщика* либо на вашей идентификационной карте участника.

*Сведения о покрытии стоматологических услуг* относятся к перечисленным ниже пакетам покрытия в рамках плана. Название пакета покрытия в рамках плана указывается на обложке *Документа об объеме страховой ответственности страховщика*, а также в правом нижнем углу.

Штат	Пакет покрытия в рамках плана	Название плана страхования
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)

**Страница намеренно оставлена пустой.**

**Покрываемые стоматологические услуги:** наш план страхования заключил договор с организацией Delta Dental of California с целью предоставления описанных ниже покрываемых стоматологических услуг. Сведения о любых применимых суммах совместного покрытия расходов см. в *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* за 2023 год. Перечисленные стоматологические процедуры, не покрываемые нашим планом страхования, могут входить в предусмотренное для участника плана страхования страховое покрытие в рамках программы Denti-Cal штата. Ознакомьтесь также со списком покрываемых услуг в рамках программы Denti-Cal.

Для получения покрываемых услуг необходимо обращаться к назначенному вам участирующему в программе поставщику услуг за исключением экстренных стоматологических услуг или услуг специалиста (предварительно одобренных нами).

### Перечень объемов страхового покрытия стоматологических услуг за 2023 год

Код	Описание	Сумма ваших расходов
D0100-D0999	I. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ — не покрываются	
D1000-D1999	II. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ — не покрываются	
D2000-D2999	III. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Для установки коронок требуется предварительное разрешение</i></li> <li><i>Ограничение в две коронки за календарный год для каждого пациента.</i></li> <li><i>Включает полировку, все адгезивы и связующие вещества, непрямую пульпарную прокладку, базу, прокладки и процедуры протравки кислотой.</i></li> <li><i>Для замены коронок действует требование, чтобы существующая реставрация была старше 5 лет.</i></li> <li><i>Использование патентованных коронок/мостовидных протезов, изготовленных в лаборатории или амбулаторно с применением специализированных методов или материалов, считается повышением класса материала. Участвующий в программе стоматолог может взимать дополнительную плату в размере, не превышающем \$325.00, в дополнение к указанной в списке доплате.</i></li> <li><i>Использование керамической плечевой массы относится к косметическим процедурам. Участвующий в программе стоматолог согласился взимать за использование керамики плату в размере не более \$75.00.</i></li> </ul>		
D2720	Коронка — композит с ценным благородным металлом	Бесплатно
D2722	Коронка — композит с благородным металлом	Бесплатно
D2750	Коронка — металлокерамика с ценным благородным металлом	Бесплатно
D2752	Коронка — металлокерамика с благородным металлом	Бесплатно
D2790	Коронка — цельнолитая с ценным благородным металлом	Бесплатно
D2792	Коронка — цельнолитая с благородным металлом	Бесплатно
D3000-D3999	IV. ЭНДОДОНТОЛОГИЯ — не покрывается	

Код	Описание	Сумма ваших расходов
D4000-D4999	V. ПАРОДОНТОЛОГИЯ — не покрывается	
D5000-D5899	VI. ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ (съемные протезы)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Ограничение в одну процедуру перебазировки за календарный год; не покрывается в течение шести месяцев после первоначальной установки.</i></li> <li><i>Для замены зубного протеза или частичного зубного протеза действует требование, чтобы существующий зубной протез был старше 5 лет.</i></li> </ul>	
D5670	Замена всех зубов и акриловый протез на литом металлическом каркасе (верхняя челюсть)	Бесплатно
D5671	Замена всех зубов и акриловый протез на литом металлическом каркасе (нижняя челюсть)	Бесплатно
D5710	Перебазировка полноъемного зубного протеза на верхней челюсти	Бесплатно
D5711	Перебазировка полноъемного зубного протеза на нижней челюсти	Бесплатно
D5720	Перебазировка частичного зубного протеза на верхней челюсти	Бесплатно
D5721	Перебазировка частичного зубного протеза на нижней челюсти	Бесплатно
D5900-D5999	VII. ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ — не покрывается	
D6000-D6199	VIII. УСЛУГИ ПО ИМПЛАНТАЦИИ — не покрываются	
D6200-D6999	IX. ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ, несъемные протезы (каждый ретейнер и каждый мостовидный протез вместе представляют собой единый блок несъемного частичного протеза [мост])	
	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Ограничение в один мостовидный протез на каждый зуб за пять календарных лет.</i></li> <li><i>Для замены мостовидного протеза действует требование, чтобы существующий мост был старше 5 лет.</i></li> <li><i>Использование патентованных мостовидных протезов, изготовленных в лаборатории или амбулаторно с применением специализированных методов или материалов, считается повышением класса материала. Участвующий в программе стоматолог может взимать дополнительную плату в размере, не превышающем \$325.00, в дополнение к указанной в списке доплате.</i></li> <li><i>Использование керамики считается повышением класса материала; максимальная дополнительная плата, взимаемая с участника программы, составляет \$150.00 за молярный зуб.</i></li> <li><i>Использование керамической плечевой массы относится к косметическим процедурам. Участвующие в программе стоматологи согласились взимать за использование керамики плату в размере не более \$75.00.</i></li> </ul>	
D6240	Мостовидный протез — металлокерамика с ценным благородным металлом	Бесплатно
D6242	Мостовидный протез — металлокерамика с благородным металлом	Бесплатно
D6250	Мостовидный протез — композит с ценным благородным металлом	Бесплатно

Код	Описание	Сумма ваших расходов
D6252	Мостовидный протез — композит с благородным металлом	Бесплатно
D7000-D7999	X. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ — не покрывается	
D8000-D8999	XI. ОРТОДОНТИЯ — не покрывается	
D9000-D9999	XII. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБЩИЕ УСЛУГИ — не покрываются	

#### Ограничения:

- Существует ограничение по частоте оказания определенных услуг. Все ограничения по частоте оказания услуг приведены в Перечне объемов страхового покрытия выше.
- Участвующие в программе стоматологи могут за дополнительную плату предлагать услуги, подразумевающие использование патентованных изделий или изделий с торговым наименованием. Участнику плана страхования в рамках плана должны быть предложены изготовленные в лаборатории коронки/мостовидные протезы высокого качества, в том числе из следующих материалов: керамика, металлокерамика с неблагородным, благородным или ценным благородным металлом. Если участник плана страхования выбирает альтернативный материал с повышением класса материала (патентованные коронки/мостовидные протезы, изготовленные в лаборатории или амбулаторно с применением специализированных методов или материалов, включая помимо прочего следующие материалы: Captek, Procera, Lava, Empress и Cerec), то участвующий в программе стоматолог может взимать дополнительную плату в размере, не превышающем \$325.00, в дополнение к применимой доле совместных расходов. Обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте участника, если у вас возникли вопросы относительно дополнительной платы за услуги, подразумевающие использование патентованных изделий.

#### Исключения:

- Любая процедура, не перечисленная непосредственно в перечне объемов страхового покрытия выше. Перечисленные стоматологические процедуры, не покрываемые нашим планом страхования, могут входить в предусмотренное для участника плана страхования страховое покрытие в рамках программы Denti-Cal штата. Ознакомьтесь также со списком покрываемых услуг в рамках программы Denti-Cal.
- Любая процедура, в отношении которой по экспертному мнению сотрудничающего с планом стоматолога справедливо следующее:
  - имеется неблагоприятный прогноз в отношении успешности и разумной долгосрочности результатов, полученных с учетом состояния зуба или зубов и/или прилегающих тканей, либо
  - несоответствие общепринятым стандартам в стоматологии.
- Услуги, имеющие исключительно косметические цели или направленные на устранение состояний, являющихся результатом наследственных дефектов или дефектов развития, таких как расщепленное небо, пороки развития верхней и нижней челюсти, врожденное отсутствие

зубов, а также изменения цвета зубной эмали либо нехватка эмали, за исключением лечения новорожденных с врожденными дефектами или аномалиями.

4. Коронки и несъемные частичные зубные протезы (мосты) из керамики, металлокерамики, литого металла или композита с добавлением металла для детей младше 16 лет.
5. Потерянные или украденные приспособления, включая помимо прочего полные и частичные зубные протезы и коронки.
6. Процедуры, приспособления или реставрация, цель которых заключается в изменении высоты прикуса или в диагностике либо лечении аномалий височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).
7. Использование драгоценного металла для съемных приспособлений, металлической или постоянной мягкой базы для полносъемных зубных протезов, керамических зубных протезов, прецизионных абатментов для съемных или несъемных частичных зубных протезов (накладки, импланты и связанные приспособления), а также персонализация и придание определенного стиля полносъемным и частичным зубным протезам.
8. Поддерживаемые имплантами стоматологические приспособления и аттачменты; установка, обслуживание и снятие имплантов, а также все прочие услуги, связанные с зубным имплантом.
9. Консультации в отношении не покрываемых планом услуг.
10. Стоматологические услуги, полученные в любом учреждении стоматологической помощи помимо назначенного сотрудничающего с планом страхования стоматолога или предварительно одобренного стоматолога-специалиста (за исключением экстренных стоматологических услуг).
11. Услуги или принадлежности, покрываемые по программе больничного обслуживания, хирургического/медицинского обслуживания (в том числе Medicare Advantage) либо по программе покрытия расходов на лекарства по рецепту.
12. Расходы на стоматологические услуги в связи с любой стоматологической процедурой, оказание которой было начато, прежде чем участник плана страхования получил право участвовать в нашем плане. Примеры: подготовка зубов к установке коронок, лечение корневого канала в процессе, установка полносъемного или частичного протеза, для которого уже был сделан слепок.
13. Лечение или приспособления, предоставляемые стоматологом со специализацией в ортопедической стоматологии.

**Страница намеренно оставлена пустой.**

**Страница намеренно оставлена пустой.**