

치과 혜택에 대한 자세한 내용

2026

본 문서에서는 당사 플랜 하에서 제공되는 추가적인 치과 혜택에 대한 추가적인 자세한 내용을 제공합니다. *치과 혜택에 대한 자세한 내용*은 다음 페이지(들)에 제시된 2026년 플랜 혜택 패키지에 적용됩니다. 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 내용은 아래 제시된 2026년 플랜 혜택 패키지에 적용됩니다. 플랜 혜택 패키지는 오른쪽 아래 모서리에 있는 보장 범위 증명서의 표지에 있습니다.

주	플랜 혜택 패키지	플랜 명칭
CA	H3561008000	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
CA	H3561009000	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

면책 고지:

CA HMO D-SNP (H3561): Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 상표로서 Medicare와 계약이 되어 있는 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며, 파트 D 스폰서 승인을 받았습니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 체결했습니다. 당사 플랜 등록은 계약 갱신에 따라 달라집니다.

자세한 사항을 원하시면 플랜에 연락하십시오.

보장되는 치과 혜택: 당사 플랜은 아래에 설명된 치과 서비스에 대한 보장을 제공합니다. 적용 가능한 비용 분담 방식 및 혜택 최대 금액은 2026년 *보장 범위 증명서*를 참조하십시오. 일부 코드는 Medicaid에 따라 보장될 수 있습니다.

치과 2026 혜택 일정

코드	코드 설명	주기성
종합 서비스		
D2720	치관 - 레진 기반 합성물(간접)	치관은 환자당 역년당 두 개로 제한됩니다
D2722	치관, 귀금속과 레진	치관은 환자당 역년당 두 개로 제한됩니다
D2750	치관 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	치관은 환자당 역년당 두 개로 제한됩니다
D2752	치관, 귀금속과 결합된 도재	치관은 환자당 역년당 두 개로 제한됩니다
D2790	치관 - 전체 캐스트 고가의 귀금속	치관은 환자당 역년당 두 개로 제한됩니다
D2792	치관, 전체 캐스트 귀금속	치관은 환자당 역년당 두 개로 제한됩니다
D5670	캐스트 금속 틀의 모든 치아 및 아크릴 교체, 상악	역년 기준 5년당 일 회
D5671	캐스트 금속 틀 하악골 위에 있는 모든 치아와 아크릴 교체	역년 기준 5년당 일 회
D5710	의치상교환 완료 상악골 의치	기복은 역년 기준 일 년당 아치당 일 회로 제한됩니다
D5711	의치상교환 완료 하악골 의치	기복은 역년 기준 일 년당 아치당 일 회로 제한됩니다
D5720	의치상교환 상악골 부분 의치	기복은 역년 기준 일 년당 아치당 일 회로 제한됩니다
D5721	의치상교환 하악골 부분 의치	기복은 역년 기준 일 년당 아치당 일 회로 제한됩니다
D6240	가공치 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	가공치는 역년 기준 오 년당 동안 치아당 한 개로 제한됩니다
D6242	가공치, 귀금속과 결합된 도재	가공치는 역년 기준 오 년당 동안 치아당 한 개로 제한됩니다
D6250	가공치 - 고가의 귀금속과 레진	가공치는 역년 기준 오 년당 동안 치아당 한 개로 제한됩니다

코드	코드 설명	주기성
D6252	가공치, 귀금속과 레진	가공치는 역년 기준 오 년당 동안 치아당 한 개로 제한됩니다
D6750	리테이너 치관 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	리테이너 치관은 역년 기준 오 년당 치아당 한 개(D6750 또는 D6752)로 제한됩니다
D6752	리테이너 치관 - 귀금속과 결합된 도재	리테이너 치관은 역년 기준 오 년당 치아당 한 개(D6750 또는 D6752)로 제한됩니다

제한 사항:

- 선택적 치료: 일반적으로 제공되는 것보다 더 비싼 서비스를 선택하는 경우, 특정 서비스에 대해 일반적으로 제공되는 서비스에 대한 수수료를 기준으로 대체 혜택 수당이 제공될 수 있습니다. 귀하는 비용 차액에 대한 책임이 있습니다.
 - 동일한 아치의 두 사분면에 구치가 없는 경우, 해당 아치의 하나 이상의 후방 고정 브리지에 대한 혜택 요청은 기존 치아 및 연조직 기반 부분 의치의 혜택으로 제한됩니다.

제외 사항:

- 선천성 또는 발달 기형 교정을 위한 서비스 또는 용품.
- 미용 목적의 미용 치과 서비스 또는 수술(미용 개선을 위한 선천성 또는 발달 기형 치료, 치아 및 이식편 표백 포함).
- 입원, 검사실 검사 및 조직병리학적 검사에 대한 부과금.
- 치과의사와의 예정된 예약을 지키지 못한 경우에 대한 부과금.
- 유효한 치과적 필요가 없는 서비스 또는 용품.
- 인정된 치과 진료 기준에 부합하지 않는 서비스 또는 용품.
- 연구 또는 실험 절차로 인한 합병증을 치료하는 데 필요한 서비스 등의 연구 또는 실험적 성격의 서비스 또는 용품.
- 병원, 수술/의료(Medicare Advantage 포함) 또는 처방약 프로그램 하에서 보장되는 서비스 또는 용품.
- 턱관절(TMJ)의 장애 또는 기능 장애의 진단 또는 치료를 위한 기구, 복원 또는 서비스.
- 수직 치수를 늘리거나, 교합을 변경, 복원 또는 유지하거나, 교모, 마모, 굴곡과절 또는 침식으로 인한 치아 구조 손실을 대체하거나, 치주 스플린팅을 위한 기구, 수술적 절차 및 복원(아말감 또는 컴포지트 레진 충전, 크라운, 브리지, 인레이 또는 온레이).
- 위 표에 명시되지 않은 서비스 또는 용품.

치료 완료일

치료 완료일은 치료가 완료되고 청구될 수 있는 날짜로 정의됩니다. 치료는 탈착식 전체 및 부분 의치의 경우 제공일에 완료되며, 크라운 및 브리지의 경우 최종 시멘트 접합, 근관의 경우 최종 충전이 완료됩니다.

사전 승인

특정 코드의 경우 치료 전에 사전 승인이 필요하며 요청 시 자격 및 이용 가능한 혜택 문제를 해결해야 합니다. 이것은 지불 보장이 아닙니다. 지불 승인은 서비스 날짜의 가입자 자격, 치과 기록 문서, 모든 정책 제한 사항 및 서비스 날짜의 남은 이용 가능한 혜택에 따라 결정됩니다.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다.