치과 혜택에 대한 자세한 내용

2027

본 문서에서는 당사 플랜 하에서 보장되는 보충 치과 혜택에 대한 추가적인 자세한 내용을 제공합니다. 본 문서 또는 귀하의 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 *보장 범위 증명서* 뒤표지나 가입자 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 웹 주소로 가입자 서비스에 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	H3561009000	Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)
CA	H3561010001	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
CA	H3561010002	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

보장되는 치과 혜택: 당사 플랜은 아래에 설명된 치과 서비스에 대한 보장을 제공합니다. 적용 가능한 비용 분담 방식은 2027년 *보장 범위 증명서*를 참조하십시오.

2027년 치과 혜택 일람표

코드	코드 설명	주기성
진단(예방) 서비스		
D0140	제한적 구강 평가	역년마다 1회(D0140)
수복 서비스		
D2750	치관 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
D2752	치관, 귀금속과 결합된 도재	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
D2790	치관 - 전체 캐스트 고가의 귀금속	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
D2792	치관, 전체 캐스트 귀금속	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
보철(탈착식) 서비스		
D5670	캐스트 금속 프레임의 모든 치아 및 아크릴 교체, 상악	역년 기준 3년마다 아치당 1회(D5670, D5671)
D5671	캐스트 금속 프레임의 모든 치아 및 아크릴 교체, 하악	역년 기준 3년마다 아치당 1회(D5670, D5671)
D5710	상악 완전 의치 리베이스	역년 기준 2년마다 아치당 1회(D5710~D5721)
D5711	하악 완전 의치 리베이스	역년 기준 2년마다 아치당 1회(D5710~D5721)

코드	코드 설명	주기성
D5720	상악 부분 의치 리베이스	역년 기준 2년마다 아치당 1회(D5710~D5721)
D5721	하악 부분 의치 리베이스	역년 기준 2년마다 아치당 1회(D5710~D5721)
보철(고정형) 서비스		
D6240	가공치 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
D6242	가공치, 귀금속과 결합된 도재	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
D6750	치관 - 고가의 귀금속과 결합된 도재	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
D6752	리테이너 치관, 귀금속과 결합된 도재	역년 기준 7년마다 치아당 1회(D2750~D2792, D6240~D6752)
일반 부속 서비스		
D9310	치과의사 요청 이외의 상담	역년마다 1회(D9310)

일반 제한 사항:

1. 이 플랜의 혜택 일람표에 보장 혜택으로 구체적으로 명시되지 않은 모든 시술은 진료를 담당하는 Health Net 선정 일반 또는 전문 치료 치과의사의 통상적이고 관례적인 비용의 100%를 본인이 부담해야 합니다.
2. 미용 목적 또는 외모 목적으로만 수행되는 치과 시술 또는 서비스는 이 플랜의 혜택 일람표에 보장 혜택으로 구체적으로 명시되지 않는 한 Health Net 선정 일반 또는 전문 치료 치과의사의 통상적이고 관례적인 비용의 100%를 본인이 부담해야 합니다.
3. 전신 마취는 치료 치과의사가 구강 및 치주 수술과 함께 투여하는 경우에만 보장되는 혜택입니다.

제외 사항:

1. Health Net과 계약하지 않은 치과의사가 사전 승인 없이 수행하는 서비스(지역 외 응급 서비스 제외). 여기에는 일반 치과의사 또는 전문의 진료 치과의사가 수행하는 서비스가 포함됩니다.
2. 본 플랜에 따른 가입자의 자격 이전에 시작되었거나 가입자의 플랜 종료 후에 시작된 치과 시술. 예를 들어, 치관을 위해 준비된 치아, 진행 중인 치근관, 인상 채득을 한 전체 또는 부분 의치가 포함됩니다.
3. Health Net이 선정한 일반 치과의사가 판단하기에 가입자의 치과 건강을 유지하거나 개선하는 데 합당하지 않거나 필요하지 않다고 판단되는 치과 서비스 또는 기구.
4. 악교정 수술.
5. 치과의사 및/또는 의사 비용, 처방전 또는 약물을 포함한 모든 종류의 입원 환자/외래 환자 병원 비용.
6. 남용, 오용 또는 방치로 인해 분실, 도난 또는 손상된 의치, 치관, 기구 또는 브릿지 교체.
7. 본 플랜의 혜택 일람표에 보장 혜택으로 구체적으로 명시되어 있지 않은 한, 악성 종양, 낭종 또는 신생물 치료. 병리학 검사 수수료와 관련된 모든 서비스.
8. 본 플랜의 혜택 일람표에 보장 혜택으로 달리 구체적으로 명시되지 않는 한, 근기능성, 근골격, 측두하악 관절 장애의 치료를 포함하되 이에 국한되지 않는 교합의 수직적 차원을 변경하거나 선천성, 발달성 또는 의학적으로 유발된 치과 장애를 교정하는 것을 주된 목적으로 하는 시술, 기구, 수복물.
9. 연방 또는 주 정부 기관 또는 당국, 정치 하위 부서 또는 Medicaid 또는 Medicare 이외의 기타 공공 프로그램을 위해 제공되거나 지불된 치과 서비스.
10. 국가 또는 국제 기관의 군대에서 근무하는 동안 필요한 치과 서비스.
11. 성격상 실험적인 것으로 간주되는 치과 서비스.
12. 가입자의 일반적인 건강 또는 신체적 제한으로 인해 치과 진료실에서 수행할 수 없는 치과 시술 또는 치료.
13. 실험적, 연구적 또는 입증되지 않은 것으로 간주되는 시술. 여기에는 미국치과협회(ADA) 치과치료위원회에서 인정하지 않는 약리 요법이 포함됩니다. 실험적, 시험적 또는 입증되지 않은 서비스, 치료, 장치 또는 약리 요법이 특정 질환에 대해 이용 가능한 유일한 치료법이라는

사실은 해당 시술이 특정 질환의 치료에 있어 실험적, 시험적이거나 입증되지 않은 것으로 간주되는 경우 보장을 받을 수 없습니다.

14. 외국 서비스는 응급 상황으로 요구되지 않는 한 보장되지 않습니다.

치아교정 혜택 제한 및 예외 사항:

1. 이 플랜의 혜택 일람표에 나열된 코페이먼트를 적용하려면 Health Net에서 선정한 일반 치과의사 또는 Health Net과 계약된 치과 교정 전문의가 치아교정 치료를 제공해야 합니다.
2. 플랜 혜택은 이십사(24) 개월의 일반적이고 관례적인 치아교정 치료 및 추가 이십사(24) 개월의 유지를 보장합니다. 해당 기간 이후 연장된 치료는 방문당 $25의 비용이 청구됩니다.
3. 다음은 치아교정 혜택에 포함되지 않습니다:
    A. 분실 또는 파손된 기기의 수리 또는 교체.
    B. 치아교정 사례의 재치료.
    C. 다음을 포함한 치료:
        i. 악안면 수술, 근기능 요법, 구개열, 소악증, 대설증.
        ii. 호르몬 불균형 또는 성장 또는 발달 이상에 영향을 미치는 기타 요인.
        iii. 측두하악 관절 장애와 관련된 치료.
        iv. 합성 또는 세라믹 브라켓, 치아교정 밴드의 설측 조정, 그리고 표준 고정식 및 가철식 치아교정 장치의 기타 특수 또는 심미적 대안.
4. 치료 유지 단계에는 유지장치의 구성, 배치 및 조정이 포함되어야 합니다.
5. 보장 발효일에 진행 중인 활성 치아교정 치료는 보장되지 않습니다. 활성 치아교정 치료는 치아 이동이 시작된 것을 의미합니다.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다