Сведения о покрытии стоматологических услуг

2027 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 ID 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
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)

Покрываемые стоматологические услуги: Наш план предоставляет покрытие в отношении описанных ниже стоматологических услуг. Сведения обо всех применимых суммах совместного покрытия расходов см. в *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* за 2027 год.

Перечень покрываемых стоматологических услуг за 2027 год

Код	Описание кода	Периодичность
Диагностические (профилактические) услуги		
D0140	Ограниченное обследование состояния полости рта	1 из (D0140) каждый календарный год
Реставрация зубов		
D2750	Коронка — металлокерамика на сплаве высокоблагородных металлов	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
D2752	Коронка, металлокерамика на сплаве благородных металлов	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
D2790	Коронка — цельнолитая из высокоблагороднго металла	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
D2792	Коронка, цельнолитая из благородного металла	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
Услуги в области ортопедической стоматологии (съемные протезы)		
D5670	Замена всех зубов и акриловый протез на литом металлическом каркасе, верхняя челюсть	1 из (D5670, D5671) на зубную дугу каждые 3 календарных года
D5671	Замена всех зубов и акриловый протез на литом металлическом каркасе,нижняя челюсть	1 из (D5670, D5671) на зубную дугу каждые 3 календарных года
D5710	Перебазировка полносъемного верхнечелюстного зубного протеза	1 из (D5710–D5721) на зубную дугу каждые 2 календарных года

Код	Описание кода	Периодичность
D5711	Перебазировка полносъемного нижнечелюстного зубного протеза	1 из (D5710–D5721) на зубную дугу каждые 2 календарных года
D5720	Перебазировка частичного верхнечелюстного зубного протеза	1 из (D5710–D5721) на зубную дугу каждые 2 календарных года
D5721	Перебазировка частичного нижнечелюстного зубного протеза	1 из (D5710–D5721) на зубную дугу каждые 2 календарных года
Услуги в области ортопедической стоматологии (несъемные протезы)		
D6240	Мостовидный протез — металлокерамика на сплаве высокоблагородных металлов	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
D6242	Мостовидный протез, металлокерамика на сплаве благородных металлов	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
D6750	Коронка — металлокерамика на сплаве с высокоблагородным металлом	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
D6752	Коронка с ретейнером, металлокерамика на сплаве благородных металлов	1 из (D2750–D2792, D6240–D6752) на зуб каждые 7 календарных лет
Дополнительные общие услуги		
D9310	Консультация, кроме стоматолога, оформившего запрос	1 (D9310) каждый календарный год

Общие ограничения:

1. Любые процедуры, которые прямо не указаны в качестве покрываемой услуги в этом Перечне покрываемых услуг данного Плана, предоставляются за 100% обычной и общепринятой стоимости услуг, установленной выбранным Health Net стоматологом общей практики или стоматологом-специалистом, осуществляющим лечение.
2. Стоматологические процедуры или услуги, выполняемые исключительно в косметических целях или исключительно для улучшения внешнего вида, предоставляются за 100% обычной и общепринятой стоимости услуг, установленной выбранным Health Net стоматологом общей практики или стоматологом-специалистом, если только они прямо не указаны в качестве покрываемой услуги в Перечне покрываемых услуг данного Плана.
3. Общая анестезия является покрываемой услугой только в случае, если она проводится лечащим стоматологом одновременно с хирургическими вмешательствами в полости рта или пародонтологическими хирургическими процедурами.

Исключения:

1. Услуги, предоставляемые стоматологом, не заключившим договор с Health Net, без предварительного согласования (за исключением экстренных услуг, предоставляемых за пределами зоны обслуживания). Сюда входят услуги, предоставляемые стоматологом общей практики или стоматологом-специалистом.
2. Стоматологические процедуры, начатые до приобретения участником права на получение услуг по данному Плану или начатые после прекращения участия в Плане. Примеры включают зубы, подготовленные под установку коронок; лечение корневых каналов, находящееся в процессе; полные или частичные зубные протезы, для изготовления которых уже был снят слепок.
3. Любые стоматологические услуги или аппараты, которые, по мнению выбранного Health Net стоматолога общей практики, не являются обоснованными и/или необходимыми для поддержания или улучшения здоровья зубов участника.
4. Ортогнатическая хирургия.
5. Любые расходы на стационарное/амбулаторное лечение в больнице, включая расходы на услуги стоматолога и/или врача, а также стоимость рецептурных препаратов или лекарственных средств.
6. Замена зубных протезов, коронок, аппаратов или мостовидных протезов, которые были утрачены, украдены или повреждены в результате ненадлежащего обращения, неправильного использования или небрежности.
7. Лечение злокачественных новообразований, кист или опухолей, если только оно прямо не указано в качестве покрываемой услуги в Перечне покрываемых услуг данного Плана. Любые услуги, связанные с оплатой лабораторных патологоанатомических исследований.
8. Процедуры, аппараты, реставрации, основной целью которых является изменение вертикального размера окклюзии, коррекция врожденных, развившихся в процессе роста или вызванных медицинскими вмешательствами стоматологических нарушений, включая, помимо

прочего, лечение миофункциональных, миоскелетных, височно-нижнечелюстных суставных нарушений, если только такие услуги прямо не указаны в Перечне покрываемых услуг данного Плана.

9. Стоматологические услуги, предоставляемые или оплачиваемые федеральным правительственным или государственным органом или учреждением, административно-территориальным подразделением либо другой государственной программой, за исключением Medicaid или Medicare.
10. Стоматологические услуги, необходимость в которых возникает во время прохождения службы в вооруженных силах любой страны или международной организации.
11. Стоматологические услуги, которые считаются экспериментальными.
12. Любая стоматологическая процедура или лечение, которые невозможно провести в стоматологическом кабинете из-за общего состояния здоровья или физических ограничений участника.
13. Процедуры, которые считаются экспериментальными, исследовательскими или не имеющими доказанной эффективности. Сюда относятся фармакологические схемы лечения, не одобренные Советом по стоматологической терапии Американской стоматологической ассоциации (ADA). Тот факт, что экспериментальная, исследовательская или не имеющая доказанной эффективности услуга, лечение, устройство или фармакологическая схема являются единственным доступным методом лечения конкретного заболевания или состояния, не является основанием для их покрытия, если соответствующая процедура считается экспериментальной, исследовательской или не имеющей доказанной эффективности при лечении этого конкретного заболевания или состояния.
14. Услуги, оказанные за пределами страны, не покрываются, за исключением случаев, когда они необходимы в экстренной ситуации.

Ограничения и исключения в отношении ортодонтических услуг, покрываемых Планом:

1. Ортодонтическое лечение должно проводиться выбранным Health Net стоматологом общей практики или ортодонтом, заключившим договор с Health Net, чтобы применялись суммы доплат, указанные в Перечне покрываемых услуг данного Плана.
2. План покрывает двадцать четыре (24) месяца ортодонтического лечения по обычным и общепринятым тарифам, а также дополнительные двадцать четыре (24) месяца периода ретенции. За лечение, продолжающееся сверх указанных периодов, взимается плата в размере $25 за визит.
3. Следующие услуги не входят в перечень покрываемых ортодонтических услуг:
    A. Ремонт или замена утраченных или сломанных аппаратов.
    B. Повторное ортодонтическое лечение.
    C. Лечение, включающее следующее:

i. Челюстно-лицевая хирургия, миофункциональная терапия, расщелина нёба, микрогнатия, макроглоссия.
ii. Гормональные нарушения или другие факторы, влияющие на рост, а также аномалии развития.
iii. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
iv. Композитные или керамические брекеты, лингвальная адаптация ортодонтических колец и другие специализированные или косметические альтернативы стандартным несъемным и съемным ортодонтическим аппаратам.

4. Ретенционный этап лечения включает изготовление, установку и коррекцию ретейнеров.
5. Активное ортодонтическое лечение, проводимое на дату начала действия вашего страхового покрытия, не покрывается. Активное ортодонтическое лечение означает, что перемещение зубов уже началось.

Эта страница намеренно оставлена пустой

Эта страница намеренно оставлена пустой