

# Willamette Dental Group

## 치과 보험

발효일 2020년 8월 1일

Willamette Dental of Washington, Inc.의 승인을 받았습니다. 이 플랜은 치아 및 지지 조직의 질병 또는 상태를 예방, 진단 및 치료하기 위한 광범위한 서비스를 제공합니다. 플랜에서 다루는 가장 일반적인 절차 중 일부만 제시되어 있습니다. 자세한 플랜 설명, 제한 사항 및 제외 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

혜택	공동 부담금
연간 최대 금액	연간 최대 금액 없음*
공제액	공제액 없음
일반 및 치열 교정 진료실 방문	방문당 공동 부담금 없음
<b>진단 및 예방 서비스</b>	
일반 및 응급 검사, X- 레이, 치아 클리닝, 불소 처리, 실란트(치아당), 두경부 암 검진, 구강 위생 지시, 치주 차트, 치주 평가	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
<b>치아 복원 치료</b>	
충진제(아말감)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
자기-금속 크라운	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
<b>치과보철학</b>	
전체 위 또는 아래 틀니	가입자가 공동 부담금 \$400 지불
브릿지(치아당)	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
<b>근관치료학 및 치주학</b>	
근관 치료 - 전치	가입자가 공동 부담금 \$85 지불
근관 치료 - 소구치	가입자가 공동 부담금 \$105 지불
근관 치료 - 어금니	가입자가 공동 부담금 \$130 지불
골수술 (사분원 당)	가입자가 공동 부담금 \$150 지불
치근 활택술 (사분원 당)	가입자가 공동 부담금 \$75 지불
<b>구강 외과</b>	
일반 발치 (단일 치아)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
외과적 적출	가입자가 공동 부담금 \$100 지불
<b>치열 교정 치료 올해의 새로운 사항!</b>	
교정 전 치료	가입자가 공동 부담금 \$150 지불**
포괄적 치열 교정 치료	가입자가 공동 부담금 \$2,500 지불
<b>치과용 임플란트 올해의 새로운 사항!</b>	
치과 임플란트 수술	임플란트 혜택 최대 연간\$ 1,500
<b>기타</b>	
국소 마취	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
치과 검사 비용	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
아산화질소	가입자가 공동 부담금 \$40 지불
전문 진료실 방문	가입자가 방문당 공동 부담금 \$30 지불
지역 외부 응급 진료비 환급	가입자가 \$250를 초과하는 비용 지불

\*TMJ는 연간 최대 \$1000/평생 최대 \$ 5000

\*\*환자가 치료 계획에 동의하는 경우 공동 부담금은 포괄적 치열 교정 치료에 적용됩니다.

## 제외 사항

보철물 품목이 보험 종료 후 60일을 초과한 날짜에 시술 또는 전달된 경우, 수 일간 치료 또는 시술이 필요한 브릿지, 크라운, 임치 또는 보철 장치.

보장 발효일 이전에 시작된 치료 또는 서비스의 완료 또는 제공. 부착 장치 관리 및 치과 임플란트 관련 서비스를 비롯한 치과 임플란트.

보장 발효일 이전에 제공된 근관 치료 서비스, 보철 서비스 및 임플란트. 보장 종료 후 60일 이상 완료되지 않은 근관 치료. 보장되지 않는 서비스에만 관련되어 필요한 시험 또는 상담. 실험적 또는 임상시험 서비스 및 관련 검사 또는 상담.

크라운, 브릿지 또는 임플란트를 통해 구강을 광범위하게 복원하는 것을 포함하는 구강 전체 재건술과 및 교합, 수직 치수 변경, 교합 복원 또는 마멸, 마모 또는 침식의 교정을 위해 사용되는 크라운, 브릿지 또는 임플란트를 포함하는 교합 수복.

치과 시술용 치과 진료소 외부의 병원 치료, 의사 서비스 또는 시설 비용. 위턱얼굴보형물 서비스.

야간 경비원.

맞춤형 복원.

주로 외모를 개선, 변경 또는 향상시키기 위한 성형, 재건 또는 미용 수술 및 기타 서비스 또는 용품.

처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약물 및 예비약품.

예약을 지키지 않거나 24시간 전에 사전 연락 없이 예약을 취소하는 경우, 공급자가 비용을 청구합니다.

손실, 분실 또는 도난된 치과 기구의 교체; 남용, 오용 또는 방치로 인해 손상된 치과 기구의 교체.

건전한 복원의 교체.

규정된 치료 계획에 속하지 않거나 Willamette Dental Group 치과 의사가 권장 및 승인하지 않은 서비스 및 관련 검사 또는 상담.

관련된 상태의 진단, 관리 또는 치료에 필요하지 않은 범위의 서비스 및 관련 시험 또는 상담.

면허가 있는 치과 의사, 치과 조무사, 위생사 또는 치과 조수 이외의 사람이 제공하는 서비스.

프로 운동 경기를 위해 연습하거나 시합을 하는 동안 지속적으로 발생하는 부상의 치료 서비스.

근로자의 보상 범위에 들어가 있거나 고용주의 책임이 있는 부상 또는 질병 치료를 위한 서비스.

고의적으로 자해한 부상을 치료하기 위한 서비스.

법률에 의해 요구되지 않는 한, 연방, 주 또는 기타 정부 프로그램에 따라 제공되는 보장에 대한 서비스.

계약에 포함되지 않는 서비스.

보장된 예방 서비스 이외에 병리학적, 기능 부전 또는 질병의 증거가 없는 서비스.

## 제한 사항

대체 서비스를 사용하여 상태를 치료할 수 있는 경우, Willamette Dental Group 치과 의사가 권장하는 서비스가 보장됩니다.

치과적 필요성이 확인된 경우에 치아 및 지지 구조물의 기능을 손상시키는 선천적 또는 발달 기형을 교정하기 위해 제공하도록 계약서에 명시된 서비스는 부양 자녀에게도 보장됩니다.

Willamette Dental Group 치과 의사가 치과적으로 필요하다고 판단하고 선천적 또는 발달 기형을 가진 19세 미만의 가입자를 치료하기 위한 정형 외과 수술을 승인한 경우에 한해 정형 외과 수술은 계약에 명시된 바에 따라 보장됩니다.

크라운, 캐스트 또는 기타 간접 조작된 수복물은 치과적으로 필요하고 Willamette Dental Group 치과 의사가 권장하는 경우에만 보장됩니다.

Willamette Dental Group 치과 의사가 초기 근관 치료를 실시한 경우, 근관 요법의 재치료는 최초 24개월 동안 초기 치료의 일부로 보장됩니다. 비참여 서비스 제공자가 초기 근관 치료를 수행한 경우, Willamette Dental Group 치과 의사가 근관 치료를 재치료할 때는 해당 공동 부담금이 적용됩니다.

전신 마취는 치과 진료소에서 수행되는 경우, 보장 서비스와 함께 제공되는 경우, 그리고 가입자가 발달 장애를 가지고 있거나 신체적으로 장애가 있는 7세 미만이기 때문에 치과적으로 경우에 계약서에 명시된 공동 부담금으로 보장됩니다.

병원에서 치과 의사가 제공하는 서비스는 의학적으로 필요한 경우, Willamette Dental Group 치과 의사가 서면으로 사전 승인한 경우, 제공된 서비스가 치과 진료소에서 제공되는 것과 동일한 서비스인 경우, 그리고 해당 공동 부담금이 지불된 경우에 보장됩니다.

치과 기구의 기령이 5년 이상이고 치과 적으로 교체가 필요한 경우 기존 의치, 크라운, 인레이, 온레이 또는 기타 보철 기구의 교체는 보장됩니다. 최대한의 혜택을 얻기 위한 치료 계획을 세우십시오.