

Краткое Описание Бенефитов



SEIU Elect Plan C – WA172 – 8/1/2025

ПОКРЫВАЕМЫЕ БЕНЕФИТЫ	ДОПЛАТА
Годовой максимум	Нет годового максимума*
Вычитаемая сумма	Нет вычитаемой суммы
Посещение общего и ортопедического кабинета	Вы платите \$20 за визит
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ	
Плановые и экстренные осмотры	Покрывается доплатой за посещение офиса
Рентгеновские снимки	Покрывается доплатой за посещение офиса
Чистка зубов	Покрывается доплатой за посещение офиса
Лечение фторидом	Покрывается доплатой за посещение офиса
Герметики (за зуб)	Покрывается доплатой за посещение офиса
Скрининг рака головы и шеи	Покрывается доплатой за посещение офиса
Инструкция по гигиене полости рта	Покрывается доплатой за посещение офиса
Пародонтальная карта	Покрывается доплатой за посещение офиса
Пародонтальный осмотр	Покрывается доплатой за посещение офиса
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	
Пломбы	Ваша доплата составляет \$35
Фарфоровые и металлические коронки	Ваша доплата составляет \$350**
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ	
Полный верхний или нижний зубной протез	Ваша доплата составляет \$500**
Мост (за зуб)	Ваша доплата составляет \$350**
ЭНДОДОНТИЯ И ПАРОДОНТИЯ	
Лечение корневых каналов – передние зубы	Ваша доплата составляет \$150
Лечение корневых каналов – премолярный зуб	Ваша доплата составляет \$250
Лечение корневых каналов – коренной зуб	Ваша доплата составляет \$275
Костная хирургия (за квадрант)	Ваша доплата составляет \$250
Полировка корня (за квадрант)	Ваша доплата составляет \$115
ХИРУРГИЯ ПОЛОСТИ РТА	
Плановое удаление (один зуб)	Ваша доплата составляет \$40
Хирургическое удаление	Ваша доплата составляет \$175
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	
Предварительное ортодонтическое лечение	Не покрыто
Комплексное ортодонтическое лечение	Не покрыто
ЗУБНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ	
Операция по имплантации зубов	Максимальная сумма бенефитов по имплантации составляет \$1,500 за календарный год
РАЗНОЕ	
Местная анестезия	Покрывается доплатой за посещение офиса
Плата за стоматологическую лабораторию	Покрывается доплатой за посещение офиса
Оксид Азота	Ваша доплата составляет \$40
Посещение специализированного офиса	Вы платите \$30 за визит
Возмещение расходов на неотложную помощь за пределами зоны обслуживания	Вы платите больше, чем \$250

*Льготы на Височно-нижнечелюстной Сустав, имплантационную хирургию и ортогнатическую хирургию имеют максимальную сумму, если они покрываются. **Протезирование с опорой на дентальные имплантаты (коронки, мосты и зубные протезы) не покрываются.

***Доплата засчитывается в счёт доплаты за Комплексное Ортодонтическое Лечение, если пациент принимает план лечения.

Гарантированно клиникой Willamette Dental of Washington, Inc.

Представлены лишь некоторые из наиболее распространённых процедур, которые покрываются вашим планом. Сертификат покрытия содержит полное описание покрываемых льгот и доплат.

Исключения и Ограничения



Это только краткое содержание. Сертификат покрытия содержит полное описание ограничений и исключений.

ИСКЛЮЧЕНИЯ

- Костная пластика.
- Мосты, коронки, зубные протезы или протезные устройства, требующие нескольких дат лечения или подгонки, если протезное изделие установлено или доставлено более чем через 60 дней после окончания покрытия.
- Завершение или предоставление лечения или услуг, выполненных или начатых до даты вступления покрытия в силу.
- Конусно-лучевая КТ-рентгенография и томографические исследования.
- Протезирование с опорой на дентальные имплантаты или протезирование с опорой на абатменты (коронки, мосты и зубные протезы).
- Дентальный имплантат, хирургически установленный до даты вступления покрытия участника, который не получил окончательного восстановления, или дентальный имплантат для лечения молочных или сменных зубов.
- Эндодонтическая терапия, завершенная более чем через 60 дней после окончания покрытия.
- Эпостальные, чрескостные, эндодонтические эндоссалльные или мини-стоматологические имплантаты.
- Осмотры или консультации, необходимые исключительно в связи с услугой, не указанной как покрываемая.
- Экспериментальные или исследовательские услуги и связанные с ними осмотры или консультации.
- Полная реконструкция полости рта, включая обширное восстановление полости рта с помощью коронок, мостов или имплантатов; и окклюзионная реабилитация, включая коронки, мосты или имплантаты, используемые для шинирования, изменения вертикального размера, восстановления окклюзии или исправления истирания, абразивного износа или эрозии.
- Госпитализация за пределами стоматологического кабинета для стоматологических процедур, услуг врача или оплаты услуг учреждения.
- Техническое обслуживание, ремонт, замена или завершение существующего имплантата, который был начат или установлен не участвующим поставщиком без направления от врача Willamette Dental Group, P.C.
- Техническое обслуживание, ремонт, замена или завершение существующего имплантата, который был начат или установлен до даты вступления в силу покрытия участника.
- Челюстно-лицевые протезные услуги.
- Ночные каппы.
- Ортогнатическая хирургия, если она не указана как покрываемая в договоре.
- Индивидуальные реставрации.
- Пластическая, реконструктивная или косметическая хирургия и другие услуги, которые в первую очередь направлены на улучшение, изменение или улучшение внешнего вида.

- Рецептные и безрецептурные препараты и премедикации.
- Врач взимает плату за пропущенный приём или приём отменённый без предварительного уведомления за 24 часа.
- Замена утерянных, отсутствующих или украденных стоматологических приспособлений; замена стоматологических приспособлений, поврежденных из-за злоупотребления, неправильного использования или небрежности.
- Замена прочных реставраций.
- Услуги и связанные с ними обследования или консультации, которые не входят в предписанный план лечения или не рекомендованы и не одобрены стоматологом Willamette Dental Group, P.C.
- Услуги и сопутствующие обследования или консультации в той мере, в которой они не являются необходимыми для диагностики, ухода или лечения соответствующего состояния.
- Услуги любого лица, кроме лицензированного стоматолога, зубного техника, гигиениста или ассистента стоматолога.
- Услуги по диагностике или лечению расстройств височно-нижнечелюстного сустава, если они не указаны в качестве покрываемых в договоре.
- Услуги по лечению травмы или заболевания, которые покрываются компенсацией работникам или которые являются ответственностью работодателя.
- Услуги по лечению травм, полученных во время тренировок или участия в профессиональных спортивных соревнованиях.
- Услуги по лечению преднамеренно нанесённых себе травм.
- Услуги, покрытие которых доступно в рамках любой федеральной, государственной или другой правительственной программы, если это не требуется по закону.
- Услуги, не указанные в качестве покрываемых в договоре.
- Услуги, при которых нет никаких доказательств патологии, дисфункции или заболевания, кроме покрываемых профилактических услуг.

ОГРАНИЧЕНИЯ

- Если для лечения состояния могут быть использованы альтернативные услуги, то покрывается услуга, рекомендованная стоматологом Willamette Dental Group, P.C.
- Услуги, перечисленные в договоре, которые предоставляются для исправления врожденных или приобретенных пороков развития, которые нарушают функции зубов и опорных структур, будут покрываться для детей-иждивенцев, если установлена необходимость в стоматологическом обслуживании.
- Повторное лечение корневых каналов, проводимое стоматологом Willamette Dental Group, будет покрываться как часть первоначального лечения в течение первых 24 месяцев. Повторное лечение корневых каналов, проводимое не участвующим поставщиком, будет подлежать применимым доплатам.
- Общая анестезия покрывается доплатами, указанными в договоре, если: выполняется в стоматологическом кабинете, предоставляется в сочетании с покрываемой услугой и необходима с стоматологической точки зрения, поскольку зачисленный пациент младше 7 лет, имеет нарушения развития или физические недостатки.
- Услуги, предоставляемые стоматологом в условиях больницы, должны соответствовать требованиям договора, чтобы быть покрываемыми.
- Замена существующего зубного протеза, коронки, вкладки, накладки или другого протезного приспособления покрывается, если приспособление старше 5 лет и замена необходима по стоматологическим показаниям.
- Коронки, слепки или другие непрямые изготовленные реставрации покрываются только в случае стоматологической необходимости и если это рекомендовано стоматологом Willamette Dental Group, P.C.