

Короткий Огляд Беніфітіф



SEIU Elect Plan C – WA172 – 8/1/2025

ПОКРИТІ БЕНІФІТИ	ДОПЛАТИ
Річний максимум	Без річного максимуму*
Відрахування	Без відрахувань
Візит до загального та ортопедичного кабінету	Ви платите \$20 за візит
ДІАГНОСТИЧНІ ТА ПРОФІЛАКТИЧНІ ПОСЛУГИ	
Планові та екстрені огляди	Покривається доплатою за візит
Рентгенівські знімки	Покривається доплатою за візит
Чистка зубів	Покривається доплатою за візит
Лікування фтором	Покривається доплатою за візит
Герметики (за зуб)	Покривається доплатою за візит
Скринінг раку голови та шиї	Покривається доплатою за візит
Інструктаж з гігієни ротової порожнини	Покривається доплатою за візит
Пародонтальне картування	Покривається доплатою за візит
Пародонтальне обстеження	Покривається доплатою за візит
ВІДНОВЛЮВАЛЬНА СТОМАТОЛОГІЯ	
Пломби	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$35
Металево-порцелянова коронка	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$350**
ПРОТЕЗУВАННЯ	
Повний верхній або нижній протез	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$500**
Міст (за зуб)	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$350**
ЕНДОДОНТІЯ ТА ПАРОДОНТІЯ	
Лікування кореневих каналів – передні	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$150
Лікування кореневих каналів – премоляр	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$250
Лікування кореневих каналів – молярний	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$275
Кісткова хірургія (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$250
Вирівнювання коренів (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$115
ХІРУРГІЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ	
Звичайне видалення (один зуб)	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$40
Хірургічне видалення	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$175
ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ	
Передортодонтичне лікування	Не покритий
Комплексне ортодонтичне лікування	Не покритий
ЗУБНІ ІМПЛАНТАТИ	
Операція з імплантації зубів	Максимальна виплата за імплантацію становить \$1,500 на календарний рік
РІЗНЕ	
Місцева анестезія	Покривається доплатою за візит
Вартість послуг стоматологічної лабораторії	Покривається доплатою за візит
Оксид Азоту	Ви сплачуєте доплату у розмірі \$40
Відвідування спеціалізованого офісу	Ви платите \$30 за візит
Відшкодування витрат на невідкладну допомогу за межами регіону	Ви сплачуєте комісію на суму понад \$250

*Страховання на лікування захворювань Скренево-нижньощелепного суглоба, імплантаційних операцій та ортогнатної хірургії має максимальний розмір, якщо покривається страховкою. **Протези на імплантатах (коронки, мости та зубні протези) не покриваються страховкою. ***Сума зараховується до суми доплати за Комплексне Ортодонтичне Лікування, якщо пацієнт погоджується на план лікування.

Гарантовано **Willamette Dental of Washington, Inc.**

Представлено лише деякі з найпоширеніших процедур, що покриваються вашим планом. Сертифікат покриття містить повний опис покритих пільг та доплат.

Адміністративний офіс. 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124
028-WA(3/25)а

Виключення та Обмеження



Це лише короткий виклад. Сертифікат покриття містить повний опис обмежень та винятків.

ВИКЛЮЧЕННЯ

- Кісткова пластика.
- Мости, коронки, зубні протези або протези, що потребують кількох дат лікування або припасування, якщо протез встановлено або доставлено пізніше ніж через 60 днів після припинення дії покриття.
- Завершення або надання лікування чи послуг, виконаних або розпочатих до дати набрання чинності покриття.
- Конусно-променева комп'ютерна томографія та томографічні дослідження.
- Протези на зубних імплантатах або протези на абатментах (коронки, мости та зубні протези).
- Зубний імплантат, встановлений хірургічним шляхом до дати набрання чинності покриття учасником, який не отримав остаточної реставрації, або зубний імплантат для лікування молочного або перехідного прикусу.
- Ендодонтичне лікування, завершене пізніше ніж через 60 днів після припинення дії покриття.
- Епостеальні, трансостеальні, ендодонтичні ендосеальні або міні-дентальні імплантати.
- Огляди або консультації, необхідні виключно у зв'язку з послугою, яка не перелічена як покрита.
- Експериментальні або дослідницькі послуги та пов'язані з ними огляди або консультації.
- Повна реконструкція ротової порожнини, включаючи масштабне відновлення порожнини рота за допомогою коронок, мостів або імплантів; та оклюзійна реабілітація, включаючи коронки, мости або імпланти, що використовуються для шинування, зміни вертикального розміру, відновлення оклюзії або розкриття стирання, абразії чи ерозії.
- Госпіталізація поза стоматологічним кабінетом для стоматологічних процедур, послуг лікаря або оплати послуг.
- Обслуговування, ремонт, заміна або завершення встановлення існуючого імплантату, який було розпочато або встановлено постачальником послуг, що не бере участі в програмі, без направлення від постачальника послуг Willamette Dental Group, P.C.
- Обслуговування, ремонт, заміна або завершення встановлення існуючого імплантату, який було розпочато або встановлено до дати набрання чинності покриття учасником.
- Послуги щелепно-лицьового протезування.
- Нічні капи.

- Ортогнатична хірургія, якщо вона не зазначена як покрита в договорі.
- Персоналізовані реставрації.
- Пластична, реконструктивна або косметична хірургія та інші послуги, які в першу чергу призначені для покращення, зміни або покращення зовнішності.
- Рецептурні та безрецептурні препарати, а також премедикації.
- Постачальник послуг стягує плату за пропущений прийом або скасований прийом без попереднього повідомлення за 24 години.
- Заміна втрачених, відсутніх або вкрадених стоматологічних апаратів; заміна стоматологічних апаратів, пошкоджених внаслідок зловживання, неправильного використання або недбалості.
- Заміна якісних реставрацій.
- Послуги та пов'язані з ними обстеження або консультації, які не входять до призначеного плану лікування або не рекомендовані та не схвалені стоматологом Willamette Dental Group, P.C.
- Послуги та пов'язані з ними обстеження або консультації, якщо вони не є необхідними для діагностики, догляду або лікування відповідного стану.
- Послуги, надані будь-якою особою, окрім ліцензованого стоматолога, гігієніста або асистента стоматолога.
- Послуги з діагностики або лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба, якщо вони не зазначені в договорі.
- Послуги з лікування травми або захворювання, що покриваються компенсацією працівникам або є відповідальністю роботодавця.
- Послуги з лікування травм, отриманих під час тренувань або участі в професійних спортивних змаганнях.
- Послуги з лікування навмисно самозавданих травм.
- Послуги, покриття яких передбачено будь-якою федеральною, державною або іншою урядовою програмою, окрім випадків, передбачених законом.
- Послуги, не зазначені як такі, що покриваються договором.
- Послуги, за яких немає доказів патології, дисфункції або захворювання, окрім покритих профілактичних послуг.

ОБМЕЖЕННЯ

- Якщо для лікування захворювання можна використовувати альтернативні послуги, послуга, рекомендована стоматологом Willamette Dental Group, P.C., покривається страховкою.
- Послуги, перелічені в договорі, які надаються для виправлення вроджених або вад розвитку, що погіршують функції зубів та опорних структур, будуть покриті для дітей, що знаходяться на утриманні, якщо буде встановлено стоматологічну необхідність.
- Повторне лікування кореневих каналів, проведене стоматологом Willamette Dental Group, буде покрито як частина початкового лікування протягом перших 24 місяців. Повторне лікування кореневих каналів, проведене постачальником, який не бере участі в програмі, підлягатиме відповідним доплатам.
- Загальна анестезія покривається доплатами, зазначеними в договорі, якщо: виконується в стоматологічному кабінеті, надається разом із покритою послугою та є стоматологічно необхідною, оскільки учаснику менше 7 років, має вади розвитку або фізичні вади.
- Послуги, що надаються стоматологом у лікарняних умовах, повинні відповідати вимогам договору, щоб бути покритими.
- Заміна існуючого зубного протеза, коронки, інлею, онлею або іншого протезного пристрою покривається страховкою, якщо пристрій старше 5 років і його заміна необхідна з стоматологічних міркувань.
- Коронки, гіпсові вироби або інші непрямі виготовлені реставрації покриваються страховкою лише за рекомендацією стоматолога Willamette Dental Group, P.C.