

혜택 요약



SEIU Plan B - Staff Plan – WA172 – 8/1/2025

보험 커버되는 혜택	본인 부담금(Copay)
연간 최대한도	연간 최대 한도 없음*
본인 부담금	본인 부담금 없음
일반 및 정형 외과 사무실 방문	당신은 방문할 때마다 \$5를 지불합니다.
진단 및 예방 서비스	
일상 및 응급 검진	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
엑스레이	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
치아 청소	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
불소 치료	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
씰런트 (치아당)	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
두경부(머리 와 목) 암 검사	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
구강 위생 교육	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
잇몸 차트 작성	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
잇몸 평가	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
복원 치과 진료	
충치 충전재(fillings)	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
도자기-금속 크라운	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.**
치아보철학	
전체 상악 또는 하악 의치	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.**
브릿지 (치아당)	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.**
치근관 치료 및 잇몸 치료	
치근관 치료 - 앞니	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
치근관 치료 - 작은어금니	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
치근관 치료 - 어금니	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
뼈 수술 (사분면당)	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
치근 평활화 (사분면당)	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
구강 외과 수술	
일반 발치 (단일 치아)	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
수술로 발치	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
치열 교정	
교정 전 치료	당신은 \$150의 본인 부담금을 지불합니다***
포괄적 교정 치료	당신은 \$900의 본인 부담금을 지불합니다.
치아 임플란트	
치아 임플란트 수술	연간 최대 \$1,500의 임플란트 혜택
기타	
국소 마취	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
치과 실험실 수수료	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
아산화질소	사무실 방문시 내는 본인 부담금으로 커버됩니다.
전문 진료실 방문	당신은 방문할 때마다 \$30를 지불합니다.
지역 외 응급 진료 비용 환급	당신은 \$250에서 초과하는 만큼 요금을 지불합니다.

*TMJ, 임플란트 수술 및 악교정 수술에 대한 혜택은 보험커버되는 경우의 한도가 있습니다. **치과 임플란트 지지 보철물(크라운, 브릿지 및 의치)은 보험커버되는 혜택이 아닙니다. ***환자가 치료 계획을 수락하면 포괄적 교정치료에 대한 본인 부담금에 적용됩니다.

미국 워싱턴주 윌라멧치과에 의해 보증되었습니다

제시된 것은 귀하의 보험에서 커버되는 가장 일반적인 절차 중 일부입니다. 보험커버 인증서에는 보험에서 커버되는 혜택과 본인 부담금에 대한 완전한 설명이 포함되어 있습니다.

제외 및 제한 사항



이것은 단지 요약입니다. 보험커버 증명서에는 제한 및 제외 사항에 대한 전체 설명이 포함되어 있습니다.

제외 사항

- 뼈 이식.
- 브릿지, 크라운, 의치 또는 여러번의 치료가 필요한 보철 장치 또는 보철물이 보험커버 종료 후 60일 이상 지난 후 설치되거나 배송되는 경우.
- 보험커버 유효일 이전에 수행되었거나 시작된 치료 또는 서비스의 제공 및 완료.
- 원추형 빔 CT 엑스레이 및 단층 촬영 조사.
- 치과 임플란트 지지 보철물 또는 지대주 지지 보철물(크라운, 브릿지 및 의치).
- 회원의 보험커버 유효일 이전에 수술로 식립된 치과 임플란트로 최종 복원이 이루어지지 않았거나, 유치 또는 전환기 치아 치료를 위한 치과 임플란트.
- 보험커버 종료 후 60일 이상 지난 후 완료된 근관 치료.
- 에포스티알(Epoteal), 트랜스오스티알(transosteal), 엔도돈틱 엔도세우스(endodontic endosseous), 또는 미니 치과 임플란트.
- 보험 커버되지 않은 서비스와 관련하여 필요한 검진이나 상담.
- 실험적이거나 조사 연구 목적의 서비스 및 관련 검진 또는 상담.
- 크라운, 브리지 또는 임플란트의 사용을 포함한 전체 구강의 광범위한 재건; 스플린팅, 수직 차원 변경, 교합 복원 또는 마모, 마찰 또는 침식 수정을 목적으로 하는 크라운, 브리지 또는 임플란트를 포함한 교합 재활.
- 치과 절차, 의사 서비스 또는 시설 요금에 관련해 치과 사무소 외부에서의 입원 치료.
- 윌라멧 덴탈 그룹의 의료 제공자로 부서의 의뢰 없이 비참여 제공자가 시작하거나 배치한 기존 임플란트의 유지, 수리, 교체 또는 완료.
- 회원의 발효일 이전에 시작하거나 배치된 기존 임플란트의 유지, 수리, 교체 또는 완료.
- 악안면 보철 서비스.
- 야간 보호대

- 계약서에 커버 된다고 명시 되어있지 않은 한, 구강 기형 교정 수술.
- 개인화된 보철물.
- 외모 개선, 변화 또는 향상을 주목적으로 하는 성형, 재건, 또는 미용 수술 및 기타 서비스.
- 처방약 및 일반 의약품과 수술 전 약물
- 24시간 이전 통보 없이 예약 취소 시, 제공자는 취소된 예약에 대한 요금을 청구합니다.
- 분실, 누락, 또는 도난당한 치과 기기의 교체; 남용, 잘못 사용, 또는 방치로 인해 손상된 치과기기의 교체.
- 소리 복원기기의 교체.
- 규정된 치료 계획에 포함되지 않거나 윌라멧 덴탈 그룹의 치과 의사가 추천 및 승인하지 않은 서비스 및 관련 검사 또는 상담.
- 관련된 상태의 진단, 치료 또는 관리에 필요하지 않은 범위의 서비스 및 관련 검사 또는 상담.
- 면허가 있는 치과 의사, 의치사, 위생사, 또는 치과 보조원이 아닌 다른 사람에 의한 서비스.
- 계약서에 커버 된다고 명시 되어있지 않은 한, 턱관절 장애의 진단 또는 치료를 위한 서비스.
- 근로자 보상에 의해 보험커버되는 부상 및 질병의 치료를 위한 서비스 또는 고용주에게 책임이 있는 서비스.
- 전문 운동 경기에 참가하기 위해 연습 중이거나 시합 중 부상을 당한 경우의 치료 서비스.
- 고의적으로 자해를 통한 부상 치료 서비스.
- 법에 의해 요구되지 않는 한, 연방, 주 또는 기타 정부 프로그램에 따라 보험커버가 가능한 서비스.
- 계약서에 보험커버로 명시되지 않은 서비스.
- 커버되는 예방 서비스를 제외한 병리, 기능 장애 또는 질병의 증거가 없는 경우의 서비스.

제한 사항

- 대체 서비스로 상태를 치료할 수 있는 경우, 윌라멧 덴탈 그룹의 치과 의사가 권장하는 서비스가 보험 커버됩니다.
- 계약서에 명시된 서비스는, 치과적 필요성이 인정될 경우, 치아와 지지구조의 기능을 저하시킬 수 있는 선천적 또는 발달적 기형을 교정하기 위해 제공되는 경우에 부양 자녀에게 적용됩니다.
- 윌라멧 덴탈 그룹 치과 의사가 수행한 근관 치료의 재치료는 초기 치료의 일환으로 처음 24개월 동안 커버됩니다. 비참여 제공자가 수행한 근관 치료의 재치료는 해당되는 본인 부담금에 따라 달라질 수 있습니다.
- 일반 마취는 계약서에 명시된 본인 부담금으로 커버되며, 이는 다음 조건을 충족해야 합니다: 치과 사무실에서 수행되고, 보험커버가 되는 서비스가 제공되며, 등록자가 7세 미만이거나, 발달장애가 있거나 신체적으로 장애가 있으므로 치과적으로 필요할 경우입니다.
- 병원 환경에서 치과 의사가 제공하는 서비스는 계약상의 요구 사항을 충족해야 보험커버를 받을 수 있습니다.
- 기존의 의치, 크라운, 인레이, 온레이 또는 기타 보철 기구의 교체는 해당 기구가 5년 이상 된 경우에 한하며 치과적으로 필요할 때 보험 커버됩니다.
- 크라운, 캐스트 또는 기타 간접 제작 복원물은 치과적으로 필요하고 또한 윌라멧 덴탈 그룹의 치과 의사가 권장할 경우에만 보험 커버됩니다.