



Стоматологический план TWU Local 100 Premier Dental Plan



Для получения самых актуальных списков стоматологов-участников войдите на свой портал для участников по адресу my.emblemhealth.com и выберите «Найти обслуживание» (Find Care). Если у вас есть какие-либо вопросы, позвоните в службу поддержки клиентов по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, и сообщите нам об этом.

Стоматологический план TWU Local 100 Premier Dental Plan

Этот план стоматологического обслуживания предоставляет вам качественное покрытие с доступом к более чем 13 500* стоматологов и специалистов в Нью-Йорке и Нью-Джерси.

Вы можете выбрать стоматолога или специалиста, входящего в сеть плана, для получения услуг, покрываемых вашим планом. Вам не нужно выбирать конкретного основного лечащего стоматолога.

Покрытие для иждивенцев: По этому плану стоматологического обслуживания вы сможете покрывать расходы на детей до конца месяца, когда им исполнится 26 лет. Ортодонтические услуги покрываются для детей при условии, что они начнут лечение не позднее конца месяца, когда им исполнится 26 лет.

Предварительное определение льгот: Компания EmblemHealth может сообщить вам, какие стоматологические услуги и материалы будут оплачены до начала лечения. Вы можете попросить своего стоматолога отправить план лечения в EmblemHealth до проведения операции на полости рта, протезирования или применения аппаратов. Компания EmblemHealth рассмотрит план лечения и предоставит вам и вашему стоматологу оценку того, что покрывается планом.

Обратите внимание: Предварительное определение льгот не требуется, но настоятельно рекомендуется.

Ниже приведены некоторые примеры услуг, которые не покрываются страховкой:

- Косметическая хирургия и лечение, если только это не реконструктивная хирургия, вызванная травмой, инфекцией или заболеванием пораженной части.
- Рецептные препараты и лекарства.
- Услуги и аппараты для лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).
- Трансплантация.

Годовой максимум: 2000 долл. США на человека / 4000 долл. США на семью при посещении стоматолога в нашей сети или за ее пределами. Это максимальная сумма в долларах, которую ваш план стоматологического обслуживания заплатит в счет стоимости стоматологического обслуживания в течение года вашего плана. Вы самостоятельно оплачиваете расходы, превышающие годовой максимум. На ортодонтию не распространяется годовой максимум.

Пожизненный ортодонтический максимум: Пожизненный ортодонтический максимум: 4000 долл. США в сети; 2000 долл. США вне сети. Это максимальная сумма в долларах, которую ваш план стоматологического обслуживания покроет в счет стоимости ортодонтического стоматологического обслуживания на человека в течение жизни. Вы самостоятельно оплачиваете расходы, превышающие пожизненный максимум. Льготы на ортодонтию доступны только для детей младше 26 лет, на которых распространяется страховое покрытие.

Льготы	В Сети	Вне Сети
Тип А — профилактические и диагностические услуги		
Базовый уровень покрытия	Компания EmblemHealth оплатит 100% плана льгот Preferred Premier за покрываемые услуги, если вы обратитесь к предпочитаемому стоматологу или специалисту плана Preferred Premier.	Компания EmblemHealth оплатит 100% стоимости покрываемых услуг по тарифу Spectrum. Это сумма в долларах, которую ваш план согласился заплатить за покрываемые услуги. Вы самостоятельно оплачиваете разницу между суммой, которую оплачивает компания EmblemHealth, и стоимостью услуг стоматолога.
Обследования — 2 периодических обследования на каждого участника плана в течение календарного года. 1 комплексное обследование от одного стоматолога в течение жизни.	Покрывается Вам не нужно платить за эти покрываемые услуги.	Возможно, вам придется оплатить часть счета. Подробнее см. выше.
Профилактика (чистки) — 2 на участника плана за календарный год.		
Рентгенография — 4 прикусных рентгеновских снимка на участника плана за календарный год. <ul style="list-style-type: none">• 1 серия снимков рентгенографии всего рта или 1 панорамный снимок на участника плана один раз в 3 года. Если лимит льгот превышен, и для диагностики стоматологического заболевания или травмы требуется необходимый с медицинской точки зрения предоперационный снимок: <ul style="list-style-type: none">• 1 дополнительный панорамный снимок каждые 3 года, если выполняется хирургом-стоматологом.• 1 дополнительный прикусный снимок для задних зубов или 1 дополнительный периапикальный снимок за каждый календарный год, если выполняется специалистом. Вы самостоятельно оплачиваете все дополнительные снимки, свыше первоначальной и дополнительной льготы.		

ПРИМЕЧАНИЕ. Это не полное сравнение льгот и не контракт, и его следует рассматривать только как краткий справочник, чтобы помочь вам понять программу льгот EmblemHealth. Подробное описание льгот, включая ограничения и исключения, содержится в страховом полисе. Условия, положения, лимиты и исключения, указанные в страховом полисе, имеют преимущественную силу.

* По состоянию на сентябрь 2024 Г.

ЛЬГОТЫ	В СЕТИ	ВНЕ СЕТИ
Тип А — профилактические и диагностические услуги (продолжение)		
Лечение фтором — 1 на участника плана за календарный год. Для детей эта льгота действует до конца месяца, когда им исполнится 26 лет.	Покрывается Вам не нужно платить за эти покрываемые услуги	Возможно, вам придется оплатить часть счета. Подробнее см. выше.
Фиксаторы пространства — по 1 на каждого ребенка в плане в течение всей жизни. Покрытие предоставляется до конца месяца, когда ребенку исполнится 26 лет.		
Спортивная и прикусная каппа — одна (1) каппа в течение жизни на каждого ребенка до конца месяца, когда им исполнится 26 лет. Прикусные каппы могут покрываться для участника плана и иждивенцев, и требуют предварительного разрешения.		
Герметики — один (1) герметик на покрываемый зуб каждые 3 (три) календарных года на покрываемого ребенка в возрасте от 6 до 14 лет.		
Тип В — Базовые услуги		
Базовый уровень покрытия	Компания EmblemHealth оплатит 100% плана льгот Preferred Premier за покрываемые услуги, если вы обратитесь к предпочитаемому стоматологу или специалисту плана Preferred Premier.	Компания EmblemHealth оплатит 100% стоимости покрываемых услуг по тарифу Spectrum. Это сумма в долларах, которую ваш план согласился заплатить за покрываемые услуги. Вы самостоятельно оплачиваете разницу между суммой, которую оплачивает компания EmblemHealth, и стоимостью услуг стоматолога.
Простое удаление зуба	Покрывается Вам не нужно платить за эти покрываемые услуги.	Возможно, вам придется оплатить часть счета. Подробнее см. выше.
Базовые реставрации (пломбы)		
Эндодонтология (лечение корневого канала) <ul style="list-style-type: none">Пульпотомия покрывается один раз на зуб в течение жизни. Надпульпарная прокладка покрывается как часть лечения корневого канала.		
Заболевания периодонта (лечение заболеваний десен и челюсти) <ul style="list-style-type: none">5 процедур для лечения заболеваний периодонта на участника плана за календарный год, включая 3 (три) профилактические процедуры для поддержания периодонта, с одним дополнительным лечением, если это необходимо с медицинской точки зрения.1 тип периодонтальной операции и/или 1 трансплантат на квадрант.		
Челюстно-лицевая хирургия (хирургическое удаление прорезавшегося зуба) <ul style="list-style-type: none">Ваш план оплатит рентгенографию, выполненную для хирургического вмешательства, местную анестезию и послеоперационный уход.Ваш план оплатит хирургическое вмешательство по поводу переломов челюстей, ретенции зубов, поражений во рту и вокруг рта, а также повторных имплантаций.Некоторые виды стоматологических операций могут покрываться вашим планом медицинского обслуживания, а не этим планом стоматологического обслуживания.		
Анестезия и в/в седация — ваш план оплатит общую анестезию и в/в седацию для покрываемых услуг. Плата за местную анестезию включена в стоимость стоматологической процедуры. Отдельная норма покрываемой местной анестезии отсутствует. Ваш план не оплатит анальгетики и устройства для мониторинга.		
Паллиативные услуги (облегчение боли) <ul style="list-style-type: none">Покрываемые экстренные услуги		
Ремонт аппаратов <ul style="list-style-type: none">Замена сломанных зубов или застёжек, повторная цементация вкладок, коронок, мостов и фиксаторов пространства. Замена сломанных поверхностей.		
Анализы и лабораторные исследования — биопсия и исследование ткани ротовой полости.		

Льготы	В Сети	ВНЕ Сети
Тип C — основные услуги		
Базовый уровень покрытия	Компания EmblemHealth оплатит 100% плана льгот Preferred Premier за покрываемые услуги, если вы обратитесь к предпочитаемому стоматологу или специалисту плана Preferred Premier.	Компания EmblemHealth оплатит 100% стоимости покрываемых услуг по тарифу Spectrum. Это сумма в долларах, которую ваш план согласился заплатить за покрываемые услуги. Вы самостоятельно оплачиваете разницу между суммой, которую оплачивает компания EmblemHealth, и стоимостью услуг стоматолога.
Имплантаты — один (1) хирургический имплантат в год.	<p style="text-align: center;">Покрывается</p> <p style="text-align: center;">Вам не нужно платить за эти покрываемые услуги.</p>	<p style="text-align: center;">Возможно, вам придется оплатить часть счета. Подробнее см. выше.</p>
<p>Фиксированные и съемные протезы — временные и постоянные протезы, съемные и фиксированные частичные протезы, полные или частичные, ремонт.</p> <p>Большая реставрация — включает коронки, соответствующие процедуры штифтовой культевой вкладки и вставки.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ваш план оплатит замещение или замену аппаратов только по истечении 5 лет с момента их установки. • Ваш план оплатит коронки или зубные мосты для целей крепления или застёжки только в том случае, если зуб не может быть восстановлен пломбированием. • При установке фиксированного моста и частичного зубного протеза в одну и ту же дугу ваш план оплатит только частичный зубной протез, если только с момента предыдущей установки фиксированного моста или частичного протеза не прошло 5 лет. • Отдельная норма покрываемого временного обслуживания или аппаратов отсутствует. • Ваш план оплатит штифты только при наличии признаков корневого канала в зубе. • Плата за цементирование коронки/вкладки включена в услуги на установку коронки/вкладки. 		
Тип D — ортодонтия		
<p>Базовый уровень покрытия ортодонтической терапии</p> <p>До двадцати четырех (24) месяцев покрываемого лечения, до достижения пожизненных максимальных льгот, включая 1 (один) верхний и один (1) нижний фиксатор после ортодонтического лечения.</p>	<p style="text-align: center;">Покрывается</p> <p style="text-align: center;">Вам не нужно платить за эти покрываемые услуги.</p>	<p style="text-align: center;">Покрывается до 2000 долл. США пожизненных максимальных льгот для покрываемых услуг.</p> <p style="text-align: center;">Вы самостоятельно оплачиваете разницу между суммой, которую оплачивает компания EmblemHealth, и стоимостью услуг стоматолога.</p>

См. формы политики PLD-1104-C и PLD-1103-C

Автор: EmblemHealth Plan, Inc., см. форму политики EHPI-PLD-1103, et al.

Group Health Incorporated (GHI), HIP Health Plan of New York (HIP), HIP Insurance Company of New York и EmblemHealth Services Company, LLC являются компаниями EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC предоставляет компаниям EmblemHealth услуги по администрированию.