

# 치과 플랜 옵션

치과 플랜을 비교하고 본인에게 가장 적합한 플랜을 선택하십시오.



Amy L.  
간병인, Seattle

## 치과 보험은 월 \$25의 공동 보험료 공제액에 포함되어 있습니다.

아래 차트를 사용하고 보험 혜택 요약을 검토하면 보험을 비교하고 잠재적인 본인 부담 비용을 이해하는 데 도움이 됩니다. 이미 보험에 가입되어 있고 치과 플랜을 변경하려는 경우, 7월 20일까지 신청서를 제출하십시오.

	 DELTA DENTAL®	Willamette Dental Group
연간 최대 혜택	\$5,000	없음
공제액	\$0	\$0
정기 검사	완전한 보장	완전한 보장
치아교정 혜택	예	예
공급자 네트워크	Delta Dental은 농촌 지역을 포함하여 광범위한 서비스 제공자 네트워크를 보유하고 있습니다. 최대한의 혜택을 받을 수 있도록 Delta Dental PPO 치과 의사를 찾으십시오.	Willamette Dental에는 워싱턴 서부의 편리한 위치에 있는 치과가 많이 가입되어 있어서, I-5 Corridor를 따라 거주하는 경우에 Willamette 치과 의사를 쉽게 찾을 수 있습니다.
가까운 치과 의사 찾기	<a href="http://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a> 를 방문하여 'Delta Dental PPO'를 선택하면 검색 결과를 필터링할 수 있습니다.	<a href="http://locations.willametedental.com">locations.willametedental.com</a> 을 방문하여 검색창에 우편번호를 입력하십시오.
질문 또는 추가 정보	1-800-554-1907 <a href="http://DeltaDentalWA.com">DeltaDentalWA.com</a>	1-855-433-6825 <a href="http://myseiu.be/oe-willamette">myseiu.be/oe-willamette</a>



# DELTA DENTAL®

이것은 비교 목적에 한해 사용 가능한 혜택에 대한 간략히 요약한 것이며 계약을 구성하지 않습니다. 플랜에 가입한 경우, Delta Dental PPO 플랜에 대한 자세한 정보를 제공하는 혜택 소책자를 참조할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 Delta Dental 고객 서비스 부서의 연락처 1-800-554-1907로 전화하거나 [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com)을 방문하십시오.

## 혜택 기간:

2025년 1월 1일 ~ 2025년 12월 31일

## 최대 혜택 기간\*

(1인당, 클래스 I에는 적용되지 않음):  
\$5,000

## 치열 교정—성인 및 아동:

1인당 50%에 평생 최대  
\$5,000까지

\*PDA 치과 의사에게 받은 치과 진료는 최대 \$2,000까지 전액 보장되며 클래스 III – 요 서비스의 경우 공동 보험료가 면제됩니다.

## Delta Dental 네트워크

Delta Dental PPO 네트워크를 통해 가장 많은 혜택을 받으실 수 있으며, Dental Premier® 네트워크도 이용할 수 있어 선택의 폭을 넓힐 수 있습니다.

## 무료 Sonicare 칫솔 받기



Pacific Dental Alliance(PDA)  
제공자에게 처음 진료를 받는 Delta Dental 회원은 무료 Sonicare 칫솔을 받을 수 있습니다.

전체 PDA 서비스 제공자 목록 보기:  
[myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda).

**PPO 플랜**

발효일 2024년 8월 1일

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	네트워크 외
<b>혜택 기간 공제액</b>			
클래스 I 및 치열 교정에는 적용되지 않음 네트워크 외(1인당 \$50)	\$0	\$50	\$50
<b>클래스 I - 진단 및 예방</b>			
검사 클리닝 불소 X-레이 실란트	100%	80%	80%
<b>클래스 II - 복원</b>			
복원 구치부 복합 충진재 치내요법(근관) 치주학 구강 외과	100%	60%	60%
<b>클래스 III - 주요 시술</b>			
틀니 부분 의치 임플란트 브릿지 크라운	80%	40%	40%

기능			
최소 본인 부담금	○		
귀하를 위해 요청서 접수	○	○	
품질 관리 및 비용 보호	○	○	

**치과 응급:** 참여 서비스 제공자는 진료 시간에 치과 응급 상황에 대한 치료를 제공합니다. 회사는 치과 응급 치료를 위해 참여 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 참여 서비스 제공자 진료실에서 50마일 이상 떨어져 있는 등록자의 경우, 비참여 제공자로부터 치과 응급 상황에 대한 치료를 받을 수 있습니다.

Willamette Dental of Washington, Inc.가 보증하는 이 보험은 광범위한 보장을 제공합니다. 아래 목록은 플랜에서 보장하는 가장 일반적인 시술에 대한 정보를 제공합니다. 자세한 내용은 **1-855-433-6825**로 전화하거나 [myseiu.be/oe-willamette](http://myseiu.be/oe-willamette)를 방문하십시오. 제한 사항 및 제외 사항 목록을 보려면 [myseiu.be/willamette-exclusions](http://myseiu.be/willamette-exclusions)를 방문하십시오.

혜택	공동 부담금
연간 최대 금액	연간 최대 금액 없음*
공제액	공제액 없음
일반 및 치열 교정 진료실 방문	방문당 공동 부담금 없음
진단 및 예방 서비스	
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
치아 복원 치료	
충진제(아말감)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
자기-금속 크라운	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
치과보철학	
전체 위 또는 아래 틀니	가입자가 공동 부담금 \$400 지불
브릿지(치아당)	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
근관치료학 및 치주학	
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
구강 외과	
일반 발치 (단일 치아)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
외과적 적출	가입자가 공동 부담금 \$100 지불
정형 외과 치료	
교정 전 치료	가입자가 공동 부담금 \$150 지불**
포괄적 치열 교정 치료	가입자가 공동 부담금 \$1,500 지불
치과용 임플란트	
치과 임플란트 수술	임플란트 혜택 최대 연간 \$ 1,500
기타	
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 \$5000입니다. \*\*환자가 치료 계획에 동의하는 경우 공동 부담금은 포괄적 치열 교정 치료에 적용됩니다. **치과 응급:** 참여 서비스 제공자는 진료 시간에 치과 응급 상황에 대한 치료를 제공합니다. 회사는 치과 응급 치료를 위해 참여 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 참여 서비스 제공자 진료실에서 50마일 이상 떨어져 있는 등록자의 경우, 비참여 제공자로부터 치과 응급 상황에 대한 치료를 받을 수 있습니다.