

Samsung Electronics America, Inc.(SEA) 기본 플랜	네트워크 내부		네트워크 외부
	Delta Dental PPO™ 치과 의사	Delta Dental Premier® 치과 의사	미가입 치과 의사
예방 및 진단 검사, 세척, 교익 엑스레이 촬영, 불소 치료(횟수 제한) 밀봉제, 공간 유지 장치 치주 관리	100%	100%	100%
기본 충전재, 단순 발치, 치근관(근관 치료) 치주과, 구강외과	80%	80%	80%
주요 인공 치관 및 금 복구, 가공 의치 전체 틀니, 부분 틀니, 임플란트 위 보철물	50%	50%	50%
연간 한도액(1인당)	\$ 1,000	\$ 1,000	\$ 1,000
연간 공제액 1인당 가족 한도액 (예방 및 진단은 면제)	\$50 \$150	\$100 \$300	\$100 \$300

연도별 한도액 및 공제액은 각 치과 의사 유형별로 계산되지 않습니다. 연도별 한도액 및 공제액은 Delta Dental PPO 및 Delta Dental Premier, 미가입 치과 의사 간에 교차 누적됩니다.

Delta Dental의 Carryover Max를 이용할 경우 혜택이 늘어납니다.

유용한 혜택을 모두 사용하지 못한 경우, 미사용 표준 연간 최대 혜택 한도의 일부를 다음 해 및 그 이후까지 이월할 수 있습니다. 치료가 필요하지 않았던 연도의 미사용 혜택 금액 일부는 누적하여 가공 의치 및 인공 치관, 근관 수술 등 더욱 크고 비용이 많이 드는 부분에 사용할 수 있습니다.

Carryover MaxSM은 간단하며 자동으로 적용됩니다.

- Carryover MaxSM 자격을 얻으려면 해당 플랜 연도에 세척 또는 구강 검사를 한 번 이상 받아야 합니다. 세척 또는 검사를 받지 않을 경우 혜택 금액을 다음 해로 이월할 수 없습니다. 이 경우, 누적된 이월 금액은 모두 손실됩니다.
- 보험 대상자는 이전 혜택 연도에 표준 연간 한도액의 절반 미만을 사용한 경우, 이월 최대 SM 혜택을 받을 자격을 갖습니다.
- Carryover MaxSM을 이용할 경우, 표준 연간 한도액 중 미사용 부분의 최대 25%를 \$500에 한해 이월할 수 있습니다. 예를 들어, 표준 연간 한도액이 \$1,000일 때 \$200를 사용했다면 \$200(\$800 x 25% = \$200)를 이월할 수 있습니다.
- 누적 금액은 표준 연간 한도액을 초과할 수 없습니다.
- 표준 연간 한도액이 먼저 사용됩니다. Carryover MaxSM 금액은 표준 연간 한도액을 모두 사용한 후에 사용됩니다.

Delta Dental의 구강 건강 강화 옵션을 통해서 과거에 치주(잇몸) 질환 치료를 받은 경우, 혜택 기간당 치아 세척 및/또는 치주 관리 진료를 합산하여 최대 4회에 걸쳐 받을 수 있습니다. 추가 치아 세척 및/또는 치주 관리 절차는 과거에 치주 수술이나 스케일링 및 평활 진료를 받은 경험이 있는 때에만 보장됩니다. 자격을 얻는 방법에 대한 자세한 내용은 혜택 책자에서 확인할 수 있습니다.

Delta Dental 시스템에 가입한 치과는 전국적으로 30만 곳이 넘지만, 정식 면허를 소지한 치과 의사를 선택해 필요한 서비스를 받을 수도 있습니다. 가입 치과 의사는 계약에 따라 서비스가 보장되는 한도 내에서 Delta Dental로부터 직접 비용을 지불받습니다. 미가입 치과 의사는 환자에게 직접 비용을 청구하고, Delta Dental에서 회원에게 직접 비용을 지불합니다. **가입 치과 의사의 서비스를 이용할 경우 최대의 혜택을 얻을 수 있습니다.**

대상 환자가 Delta Dental PPO SM 치과 의사에게 진료를 받는 경우, 보장 서비스에 대한 비용은 Delta Dental PPO 최대 허용 비용을 초과하지 않습니다. Delta Dental PPO에 가입하지 않은 Delta Dental Premier® 치과 의사 또는 *가입 전문의*가 대상 환자를 치료하는 경우, 해당 치과 의사는 치과 진료비 또는 Delta Dental에서 정한 최대 플랜 지급액을 초과하지 않는 금액을 청구하는 것에 동의했습니다. Delta Dental은 실제 비용, 접수된 비용 또는 해당 진료에 대해 Delta Dental이 정한 최대 플랜 지급액 중 최소 금액을 기준으로 한 비용을 의사에게 지불합니다. Delta Dental Premier, Delta Dental PPO 치과 의사 또는 *가입 전문의*가 아닌 치과 의사의 서비스에 대한 청구는 해당 의사의 실제 비용과 일반 비용 중 적은 금액을 기준으로 지급됩니다. 미가입 치과 의사에게 진료를 받는 회원에게는 치과 비용과 Delta Dental의 허용 비용 간의 차액이 청구될 수 있습니다.

담당 치과 의사를 방문하십시오. 담당 치과 의사가 없는 경우, www.deltadentalnj.com에 방문하여 가입 치과 의사 목록을 확인하십시오. 첫 번째 예약 시 의사에게 해당 프로그램의 대상자임을 알려십시오. 그런 다음 단체 이름, Delta Dental 단체 번호 및 귀하의 회원 ID 번호를 제공하십시오.

혜택에 관해 궁금한 점이 있는 경우, 월~목요일 오전 8시~오후 6시 30분(동부 표준시), 금요일 오전 8시~오후 5시(동부 표준시)에 고객 서비스 부서(1-800-452-9310)에 문의할 수 있습니다.

본 요약서에는 참고 자료로 편리하게 사용할 수 있도록 치과 진료 프로그램에 대한 기본적인 설명이 포함되어 있습니다. 프로그램에 대한 전체 세부 사항은 프로그램 혜택 및 운영에 적용되는 플랜 스폰서와 Delta Dental of New Jersey, Inc. 간의 단체 계약서에 명시되어 있습니다. 단체 계약서 조항과 본 요약서 내 정보 사이에 불일치 또는 차이가 있을 경우, 계약서 내용을 준수합니다.