

\$0 Cost Share AI/AN HMO



Individual & Family Plan
個人/家庭計劃

Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form 保障說明書

DMHC Approval Date - 09/19/2022



兒童牙科承保範圍證明

目錄

簡介..... 3

定義..... 4

牙科福利概覽..... 5

如何使用 DeltaCare USA 計劃 / 合約牙醫的選擇 5

一般條款 9

附件:

附表 A – 兒童投保人的福利和費用分攤說明

附表 B – 兒童投保人的福利限制和排除條款

附表 C– DeltaCare USA 計劃承保福利的相關資訊

簡介

本文件是您的 Chinese Community Health Plan（「健康計劃」）承保範圍證明（「EOC」、 「CCHP EOC」或「附錄」），以增加本牙科承保範圍證明（「牙科 EOC」）所述的兒童牙科基本健康福利承保範圍。

Chinese Community Health Plan 與 Delta Dental of California（以下簡稱「Delta Dental」）簽約，為您提供 DeltaCare® USA 個人合約牙醫網絡。您可從任何一個合約牙醫處獲得承保福利，而不需由計劃醫生轉診。當您到指定的合約牙醫處就診時，即需要支付您的費用分攤，而您僅需支付適用之福利的費用分攤，直到計劃的最高自付金額。這些兒童牙科福利適用於符合 CCHP EOC 所定資格要求的從出生至 19 歲的兒童。請參閱您的 CCHP EOC 和醫療共付額摘要，以了解有關您計劃自付最高金額的進一步資訊。

重要事項：如果您選擇獲得此計劃並未承保的牙科服務，合約牙醫會照常按其慣例費率就該等服務收取費用。向病人提供非承保福利的牙科治療服務之前，牙醫應為病人制定治療計劃，其中包括其即將提供的每項預期服務及每項服務的預計費用。欲全面了解您的承保範圍，您需要仔細閱讀本牙科 EOC。

有關您的兒童牙科福利的其他資訊，請在週一至週五的凌晨 5 點至下午 6 點（太平洋時間），致電 800-471-9925 聯絡 DELTA DENTAL 客戶服務部。

本牙科 EOC 福利的資格由 CCHP 決定。

使用本牙科 EOC

本牙科 EOC 將披露您的兒童牙科承保範圍之條款與條件，以便協助您充分利用您的牙科計劃。它可幫助您了解本計劃的運作方式及牙科保健的獲得方式。請仔細閱讀本牙科 EOC 的全部內容。有特別健保需求者請閱讀「特殊需求」章節。有關本計劃主要福利和承保範圍的表格，請參閱本牙科 EOC 的最後一頁（「附表 C」）。

定義

除了您的 CCHP 承保範圍證明的「定義」章節中所定義的術語之外，以下術語在本牙科 EOC 的任何部分中大寫並使用時具有以下含義：

管理員： Delta Dental Insurance Company 或由 Delta Dental 指定的其他實體，在加州以管理員身份營運。本修訂中描述的某些功能可能由 Delta Dental 指定的管理員執行。該管理員的郵寄地址為 P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023。管理員將接聽直撥至 800-471-9925 的來電。

授權： 指 Delta Dental 根據本牙科 EOC，判定某項醫療程序或治療是否為可兌付福利的流程。

福利： 根據本修訂的條款提供的承保牙科服務。

日曆年（Calendar Year）： 從 1 月 1 日至 12 月 31 日一年的 12 個月。

合約牙醫： 指提供一般牙科服務，並且同意為本牙科計劃投保人提供福利的 DeltaCare USA 牙醫。投保人必須從其合約牙醫處獲得轉診，才能獲得專科醫生的服務。

合約牙齒矯正醫師： 指專精牙齒矯正，並且同意為本牙科計劃投保人提供醫療上必需的牙齒矯正福利之 DeltaCare USA 牙醫。投保人必須從其合約牙醫處獲得轉診，才能從合約牙齒矯正醫師處獲得服務。

合約專科牙醫： 指提供專科服務，並同意向本牙科計劃投保人提供福利的 DeltaCare USA 牙醫。投保人必須從其合約牙醫處獲得轉診，才能從合約專科醫生處獲得服務。

共付額/費用分攤： 由合約牙醫、合約專科醫生或合約牙齒矯正醫師就本牙科計劃提供的福利而向投保人收取的金額，在附表中列明。共付額/費用分攤金額必須在接受治療時支付。

Delta Dental 服務區域： Delta Dental 作為專業醫療保健服務計劃在加州獲發執照的所有地理區域。

牙醫： 指在提供服務的州內或轄區內可在當時依法行醫的持有執照的牙醫。

管理式醫療保健部： California 衛生與公共服務機構的一個部門，負責管理專業的衛生保健服務計劃。也稱為「部門」或「DMHC」。

急診牙科病症： 指牙齒症狀和 / 或疼痛，其嚴重到有理智的人認為牙醫不立即介入，則可合理預期會導致以下任何一項：

- 嚴重危害患者的健康
- 身體功能嚴重受損
- 任何身體器官或部件發生嚴重功能障礙，或
- 死亡

緊急牙科服務： 由牙醫或在適用法律允許的範圍內，在牙醫的監督下由合適的持照人員進行的牙科篩查、檢查和評估，以確定是否存在急診牙科病症。如果存在此類病症，在執行人的執照允許範圍內和設施能力範圍內提供的護理、治療和手術，以緩解或消除急診牙科病症。

選擇性方案： 指合約牙醫所提出的任何承保程序的替代程序，但該等程序由投保人選擇，受制於本牙科計劃的附表中描述的限制和除外條款。

網絡外： 指由未與 Delta Dental 簽約依本牙科計劃條款向投保人提供福利的牙醫來提供治療。

兒童投保人： 為獲得本保單的福利而投保的合格兒童單個人（以下簡稱「兒童投保人」）。

程序代碼： 美國牙科協會®（American Dental Association®）為每一個單一程序分配的當代牙科術語（Current Dental Terminology®, CDT）編號。

單一程序（Single Procedure）： 分配有獨立程序代碼的一項牙科程序。

特殊醫護需求 (Special Health Care Need)： 嚴重影響投保人取得福利的生理或精神方面的殘障、限制或狀況。特殊醫護需求的例子包括：1) 投保人因身體殘障，無法進入指定的合約牙醫設施，以及 2) 投保人在檢查或治療過程中因身體殘障或精神能力缺乏，無法遵循其合約牙醫的指示。

專科醫生服務： 由專門研究口腔外科、牙髓病、牙周病、牙齒矯正（如為醫療上必需的）或兒童牙科的合約牙醫提供的服務。專科醫生服務必須取得 Delta Dental 的授權。

正在進行的治療： 是指任何單一的牙科醫療程序（依照常見牙科術語 CDT 代碼之定義），其已在該投保人符合資格接受福利時開始進行，且需要多次的預約來完成該醫療程序，無論該投保人是否繼續符合本牙科計劃之福利的資格。例子包含：已為牙冠進行處理的牙齒、根管長度已建立的根管治療、已印模的局部或全口義齒，以及已裝置矯正帶環且開始移動牙齒的牙齒矯正。

緊急牙科服務： 針對需要及時進行牙科護理，但不屬於急診牙科病症之醫療上必需的服務。

牙科福利概覽

本節提供的資訊將讓您更深入瞭解本牙科計劃如何運作及如何使其對您最有益。

何謂 DeltaCare USA 計劃？

DeltaCare USA 計劃在加州透過便利的合約牙醫網絡提供兒童福利。這些牙醫都經過篩選，以確保我們的品質、服務及安全性標準得以維護。該網絡由經驗豐富的牙科專業人員構成。您找指定給您的合約牙醫看診時，僅需要支付福利適用的費用分攤部分。不存在自付額、終生付費上限或索賠申請表。

福利、限制與除外條款

本計劃提供的福利在屬於本牙科 EOC 一部分的附表中說明。福利僅在加州提供。服務會在指定給您的合約牙醫認為適當時提供。

費用分擔及其他費用

您必須支付任何列於本牙科 EOC 附表 A 中的費用分攤。費用分攤將直接支付給提供治療的牙醫。未能依約赴診的費用以及在正常就診時間後才就診的費用，均列在本牙科 EOC 之附表中。

如果我們未能向合約牙醫支付費用，您無需向該合約牙醫支付我們所欠下的任何金額。依規章，DeltaCare USA 牙醫合約內有明文規定，禁止合約牙醫向投保人收取 Delta Dental 未付金額。除了「緊急牙科服務」一節中規定的情況外，如果您未取得針對網絡外牙醫治療的授權，並且我們未能付費給該網絡外牙醫，則您可能需要向該網絡外牙醫支付所接受服務的費用。進一步的解釋請參閱在本牙科 EOC 中的「緊急牙科服務」及「專科醫生服務」章節。

續約和終止承保

請參考您的 CCHP EOC，了解更多關於本牙科計劃續約與終止的資訊。

如何使用 DELTACARE USA 計劃 – 合約牙醫的選擇

請閱讀以下資訊，以了解如何取得牙科服務。您必須從指定給您的合約牙醫（或就專科醫生服務由該牙醫轉診）取得牙科福利。

在本牙科 EOC 期限內，Delta Dental 將在便利的地點向投保人提供合約牙醫。投保後，Delta Dental 將為本牙科 EOC 承保的投保人指定一家合約牙醫設施。投保人可撥打 800-471-9925 聯絡 Delta Dental 客戶服務部，要求更換指定的合約牙醫設施。所有投保人均可從 deltadentalins.com 上查閱合約牙醫的名單。變更必須在當月 15 日前提出，才會在下月的第一天生效。

在下列情況下，我們將向您發出為投保人指定其住家附近的另一處合約牙醫設施的書面通知：
1) 所請求的設施不再接受投保；2) 所選的合約牙醫設施退出本計劃；3) 指定的設施出於正當理由請求為投保人指定另一位合約牙醫設施。

在您更換至另一位合約牙醫設施之前，應完成所有進行中的治療。例如，這將包括：1) 已做好最後印模的局部或全口義齒；2) 完成進行中的根管治療；或 3) 交付已製作牙齒的齒冠。

所有福利服務將在投保人獲指派的合約牙醫診所提供。從合約牙齒矯正醫師或合約專科醫生獲得專科醫生的服務，必須由投保人的合約牙醫轉診。Delta Dental 對網絡外牙醫所提供的服務不負有責任或義務，由合約牙醫轉診且獲 Delta Dental 授權的急診牙科服務或專科醫生服務除外。

所有經過授權的專科醫生服務的索賠要求均將由 Delta Dental 支付，但會扣除任何適用之費用分攤金額。

合約牙醫可親自提供服務，或透過可合法執行該服務之關聯的牙醫、其他技師或衛生員來提供。

如果您的指定合約牙醫設施終止對本牙科計劃的參與，該合約牙醫設施將如上所述完成所有進行中的治療。如果出於任何原因，您的合約牙醫無法完成治療，Delta Dental 將制定合理的相應條款，以由其他合約牙醫完成此類治療。

如果您因該終止、違約或合約牙醫無能力履行服務而受到重大或不利影響，Delta Dental 會合理給您發出書面通知。

急診牙科服務

急診牙科服務為舒緩疼痛、控制牙疼和 / 或穩定投保人的病情。指定給投保人的合約牙醫設施提供 24 小時急診牙科服務系統，每週七天無休。如果投保人正承受急診牙科病症，其可撥打 911（如可用）或找任何牙醫獲得急診牙科服務，無需轉診。

在提供急診牙科服務後，後續通常需要進行非急診治療。非急診治療必須在指定給投保人的合約牙醫設施取得。

投保人需就所接受的急診牙科服務承擔任何費用分攤金額。未予承保的程序將由投保人承擔財務責任，本計劃將不予支付。

不是由指定給投保人的合約牙醫提供的急診牙科服務限於每位投保人每項急診最多 \$100.00，並會扣除應付的費用分攤金額。如果超過最高限額，或如果不滿足「及時獲得護理」一節中的條件，則除了指定給該投保人的合約牙醫的服務之外，其將負責支付其他牙醫服務的任何收費。

緊急牙科服務

在 Delta Dental 服務區域內

緊急牙科服務要求及時進行牙科護理，但不屬於需要急診的牙科病症。如果投保人認為其可能需要接受緊急牙科服務，則投保人可致電給他們的合約牙醫（正常營業時間或下班後）。

在 Delta Dental 服務區域外

如果投保人由於不可預見的牙科病症或受傷而需要緊急牙科服務，則在需要從網絡外牙醫接受及時服務時，我們承保醫療上必需的牙科服務，前提是滿足以下所有條件：

- 投保人在暫時離開 Delta Dental 服務區域時，從網絡外牙醫處接受該緊急牙科服務
- 合理推斷會認為，若治療延遲至投保人返回 Delta Dental 服務區域時才進行，投保人的健康將會嚴重惡化。

投保人無需 Delta Dental 的事前授權，即可獲得 Delta Dental 服務區域外的緊急牙科服務。對於投保人從任何 Delta Dental 服務區域外的網絡外牙醫獲得的緊急牙科服務，若該服務由合約牙醫提供可獲福利承保，則其可獲承保。

在投保人不再需要緊急牙科服務後，我們不再承保網絡外牙醫的後續護理。要獲得後續護理，投保人可致電指定給其的合約牙醫。投保人需就所接受的緊急牙科服務承擔任何費用分攤金額。

及時獲得護理

合約牙醫、合約牙齒矯正醫師與合約專科醫生已同意讓投保人接受護理之約診的等候時間絕不超過下列時間範圍：

- 如為急診護理，每週 7 天，每天 24 小時皆提供服務；
- 如為緊急護理，我們將在 72 小時內提供符合投保人個人需求的約診；
- 如非緊急護理，則為 36 個工作日；及
- 如為任何預防服務，則為 40 個工作日。

在非營業時間，若投保人需要緊急牙科服務，或者如果他們正在承受需看急診的牙科病症，包括身在 Delta 牙科服務區之外時，投保人將可使用其合約牙醫的答錄機、應答系統服務、手機，或呼叫器，來尋求有關如何應對以及與誰聯絡的指導。

如果投保人致電我們的客戶服務部，在正常上班時間，客服代表會在 10 分鐘內接聽電話。

如果投保人與我們的任何合約牙醫、合約牙齒矯正醫師及合約專科醫生設施安排約診時需要口譯服務，他們可撥打 800-471-9925 聯絡我們的客戶服務部以尋求協助。

語言協助服務

Delta Dental 在所有聯絡渠道為英語熟練程度有限的投保人免費提供任何當代語言的合格口譯服務，包括在投保人由可提供語言翻譯服務的家庭成員或朋友陪同的情況下。

如果您需要語言口譯服務、翻譯成您偏好語言或替代格式的資料，請致電 888-282-8528 或 800-735-2929 (TTY)，聯絡客戶服務部。您也可以造訪我們網站上的提供者名錄，其中包含 DeltaCare USA 牙醫自行報告的語言。

專科醫生服務

口腔外科手術、牙髓病、牙周病、牙科矯正（如醫療上必需）、或兒童牙科的專科醫生服務必須 1) 由指定給您的合約牙醫轉診，並 2) 獲得 Delta Dental 授權。您應支付規定的費用分攤金額。（請參閱本牙科 EOC 的附表。）

如果需要合約牙齒矯正醫師的服務，請參考本牙科 EOC 附表中的牙齒矯正項目，以確定福利。

若您需要專科醫生服務，但在您住家 35 英里範圍以內沒有合約專科醫生或合約牙齒矯正醫師可以提供這些服務，則指定給您的合約牙醫必須從 Delta Dental 獲得事前授權，之後方可將您轉診至提供這些專科醫生服務的網絡外專科醫生或網絡外牙齒矯正醫師處。未經 Delta Dental 授權，由網絡外專科醫生或網絡外牙齒矯正醫師提供的專科醫生服務不獲承保。

如果投保人被指定到牙科學校診所接受專科醫生服務，這些服務可能由牙醫、牙科學生、臨床醫師或牙科講師提供。

償付申索

針對承保之急診牙科服務或獲授權之專科醫生服務的索賠要求須於治療結束後 90 天內寄送給我們。如果您能證明在 90 天內無法合理送達索賠，該在此時限後收到的有效索賠會被審理。所有索賠必須在治療日期的一 (1) 年內收到。提交索賠的地址是：Claims Department, P.O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023。

牙醫的給付

合約牙醫的酬勞來自於 Delta Dental 每月按人頭（指定給該牙醫的投保人人數）付費，以及投保人就所獲治療而支付的規定費用分攤金額。合約專科牙醫的酬勞來自於 Delta Dental 按每一承保手術的同意費用付費並扣除投保人該付的費用分攤金額。Delta Dental 絕不向合約牙醫或合約專科醫生支付任何獎金以誘引其拒絕、減少、限制或延遲任何適宜之治療。

您可以致電本牙科 EOC 列示的免付費電話聯絡 Delta Dental，以了解更多關於牙醫給付的資訊。

處理政策

本牙科計劃的牙科保健指導準則向合約牙醫解釋本牙科 EOC 承保的服務。合約牙醫、合約牙齒矯正醫師和合約專科醫生將根據他們自己的專業判斷來確定哪些服務對投保人是適宜的。由合約牙醫、合約牙齒矯正醫師和合約專科醫生所執行的服務，若屬於本牙科計劃的福利範圍，則有可能在收取費用分攤的條件下提供。如果合約牙醫認為投保人應尋求專科牙醫治療，合約牙醫要和 Delta Dental 聯絡，以決定所提議的治療是否屬於承保的福利。Delta Dental 會決定所提議的治療是否需要由專科牙醫來接手。投保人可撥打 800-471-9925 聯絡 Delta Dental 客戶服務部，以就本計劃取得相關牙科護理指導準則的資訊。

透過遠距牙科診療相應提供的承保福利，其承保範圍與透過當面診療、詢診或治療所承保的福利範圍相同。

第二意見

如果您對合約牙醫的診斷及（或）決定的治療計劃不同意或存有疑問，您可以要求獲得第二診斷意見。也有可能要求您尋求第二診斷意見，以證實牙科治療計劃或福利應用的必要性與適當性。

第二診斷意見將由持有執照的牙醫根據投保人的病況及時、妥當的提供。涉及急診牙科病症個案的申請將根據病症的性質及時獲得授權或拒絕，但儘可能不晚於收到申請後 72 小時）。如需協助或了解有關第二診斷意見授權的程序和時限的其他資訊，請聯絡 Delta Dental 客戶服務部，電話：800-471-9925，或寫信聯絡 Delta Dental。

除非 Delta Dental 另有授權，否則第二診斷意見將在另一位合約牙醫的設施內進行。若無適當勝任之合約牙醫可用，將授權由醫療網絡外牙醫來提供第二診斷意見。只有獲得批准或授權的第二意見才會得到支付。如果您的第二意見請求未獲授權，您將會收到書面通知。如果您對該決定有異議，可提出申訴。請參閱「投保人投訴程序」一節，了解更多資訊。

特殊醫護需求

如果您認為自己有特殊的醫護需求，請致電 800-471-9925 聯絡 Delta Dental 客戶服務部。Delta Dental 將確認該特殊醫護需求是否存在，以及如何安排協助您取得此類福利。關於為有特殊醫護需求之投保人提供治療的合約牙醫診所結構要求，如果合約牙醫未能遵循任何有關法令或規定，Delta Dental 概不負責。

無障礙設施

許多設施會向 Delta Dental 提供其診所特色的資料，包括行動不便患者通行診所的資料。如需獲得無障礙設施的資料，請致電 800-471-9925 聯絡 Delta Dental 客戶服務部。

投保人投訴程序

如果您對於資格、牙科服務或索賠要求被拒、Delta Dental 的政策、程序或操作，或合約牙醫所提供牙科服務的品質有任何投訴，您可以致電 800-471-9925，向客戶服務部提出投訴，或將投訴寄往：

Delta Dental of California
Quality Management Department
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899

書面通訊必須包括：1) 患者的姓名；2) 兒童投保人的姓名、地址、電話號碼及 ID 號碼；及 3) 牙醫的姓名及診所地點。

「申訴」是指書面或口頭對本計劃和 / 或牙醫表達不滿，包括診療護理的品質，並且應包括由兒童投保人或投保人代表提出的投訴、爭議、提請重新審議或上訴要求。如果本計劃無法區分申訴和查詢，則視其為申訴。

「投訴」與「申訴」相同。

「投訴人」與「申訴人」相同，是指提出申訴的人，包括投保人、投保人指定的代表或有權代表投保人行事的其他個人。

在收到任何投訴的五 (5) 個日曆日內，品質管理協調員將向您轉發一份投訴收悉確認書，其中包含收到的日期及聯絡資訊。部分投訴可能將需要將您轉診至一名牙醫，對所接受的牙科服務進行臨床評估。Delta Dental 在收到您申訴的 30 日內將給您寄送書面決定。如果投訴涉及急診牙科病症，則 Delta Dental 將在三 (3) 天內向投保人提供有關申訴處置或待處理狀態的書面通知。

Delta Dental 的申訴系統允許投保人在發生了令投保人不滿的任何事件或行動後至少 180 個日曆日內提起申訴。Delta Dental 不會因為投訴人提出了申訴而歧視任何投保人。

若您已完成 Delta Dental 申訴程序或 Delta Dental 超過 30 天仍未作出回覆，您可向該部門投訴。若您涉及即將發生且嚴重的健康威脅，包括但不限於劇烈疼痛、可能失去生命、肢體或重大身體功能，可立即向該部門尋求協助或提起申訴。在此情況下，Delta Dental 將於收到您的申訴之日起三 (3) 個日曆日內，就申訴的處置或待處理狀態向您提供書面聲明。如果您正承受急診牙科病症，您可以立即向該部門提出投訴。

該部門負責管轄衛生保健服務計劃。如果您對 Delta Dental 有任何申訴，首先您應致電 800-471-9925 聯絡我們，並在聯絡該部門前使用我們上述的申訴程序。行使這一申訴程序並不會剝奪您可能擁有的任何法定權利，或者您可能有的資格獲得的任何補救方法。如果您需要幫助以解決涉及急診牙科病症的申訴、我們尚未妥善解決的申訴，或在超過 30 天後仍未得到解決的申訴，您

可以致電該部門請求協助。

獨立醫療審查 (「IMR」)

您也可能符合 IMR 的資格。如果您符合申請 IMR 的資格，IMR 流程將針對所擬定的服務或治療之醫療必要性、屬於實驗性或試驗性之治療的承保範圍判定，以及急診牙科病症或緊急醫療服務之付款爭議，就健康計劃所做的相關醫療判定提供公正的覆審。該部門也提供免費電話 (1-888-466-2219)，以及為聽力及語言障礙人士設立的 TDD 專線 (1-877-688-9891)。該部門的網址是 www.dmhc.ca.gov，其中有投訴表、IMR 申請表和在線說明。

涉及不利福利裁定的投訴

對於涉及不利福利判決的投訴（如所申請的福利或索賠要求遭拒、遭到修改或終止），投保人可在收到不利福利判決後的至少 180 個曆日內向 Delta Dental 提交覆審申請（投訴）。無論初審時是否曾提交或考慮過此類資訊，覆審時將考慮所有資訊。覆審者既不是作出最初福利決定之人員，也不是該人員之下屬。接獲請求後，我們將免費為投保人提供福利決定和作出福利決定所依據的所有相關內部規則、指導準則或議定書和 / 或科學或臨床判斷說明。

如果對拒絕批准進行覆審時，全部或部分依據醫療必要性缺乏、實驗性治療或臨床判斷來應用本計劃的條款，Delta Dental 將諮詢受過適當培訓且具有適當經驗的牙醫。如果有任何諮詢牙醫師參與覆審，該等諮詢牙醫師的身份可根據要求提供。

一般條款

第三方管理員 (「TPA」)

Delta Dental 得使用 TPA 服務，TPA 依照適用的州法律合法登記，根據本牙科 EOC 提供服務。任何提供該等服務或接收該等資訊的 TPA 將另外與 Delta Dental 簽署業務相關人士協議，但前提是 TPA 將滿足 HIPAA 及 HITECH 對投保人受保護健康資訊的保存要求。

反歧視

Delta Dental 遵守適用的聯邦民事權利法律，並且不會允許因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別（包括性別刻板印象和性別認同）而有所歧視。Delta Dental 不因人們的種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙狀況或性別予以排除或以不同方式對待。

Delta Dental:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊（大字版、有聲版、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
 - 合格的口譯員
 - 以其他語言撰寫的書面資訊

若您需要這些服務，請聯絡 Delta Dental 客戶服務部，電話 800-471-0287。

如果您認為 Delta Dental 未能提供這些服務或以其他方式實施基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別的歧視，您可透過電子方式在線提出申訴、致電客戶服務代表或郵寄方式提出申訴。

Delta Dental
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330
電話號碼: 800-471-0287
網址: deltadentalins.com

您亦可透過民權辦公室的投訴網站，向美國衛生及公共服務部民權辦公室提出投訴，網址為：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過以下郵寄地址或電話提出投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (聽障人士用電信設備)

投訴表格於此網址提供：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

附表 A

兒科投保人（19 歲以下）的保險福利和費用分攤說明

如下所示福利由主治合約牙醫依據 Delta Care® USA 計劃（「計劃」）的限制和排除條款，視需要及酌情提供。如需福利的進一步解釋，請參閱附表 B。投保人應在其合約牙醫提供服務之前與其討論所有治療方案。

下面摘要中的斜體文字旨在闡明本計劃所提供的福利，不可視為美國牙科協會（American Dental Association®, 「ADA」）版權所有的最新常見牙科術語（「CDT」）CDT-2022 牙科程序代碼、描述符或命名。ADA 可能定期變更 CDT 代碼或定義。該更新後的代碼、描述符及命名可能用以按照聯邦法律來描述這些獲承保的醫療程序。

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D0100–D0999 I. 診斷			
D0999	未詳細說明的診斷程序，根據報告進行	免費	包括診所就診，每次就診（另加其他服務）；此外應用於：無法以 CDT 代碼充分描述的程序；或其 CDT 代碼非福利，但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。
D0120	定期口腔評估 - 老患者	免費	每名合約牙醫每 6 個月 1 次
D0140	有限的口腔評估 - 對症進行	免費	每名合約牙醫每名投保人 1 次
D0145	三歲以下患者的口腔評估以及主要照顧者的諮詢服務	免費	每名合約牙醫每 6 個月 1 次，含 D0120、D0150
D0150	全面口腔評估 - 新患者或老患者	免費	初始評估，每名合約牙醫 1 次
D0160	詳細全面的口腔評估 - 根據報告對症進行	免費	每名合約牙醫每名投保人 1 次
D0170	重新評估 - 設有限制，對症進行（老患者；非手術後門診）	免費	每 3 個月 6 次，每 12 個月不超過 12 次
D0171	重新評估 - 手術後門診	免費	
D0180	全面牙周評估 - 新患者或老患者	免費	D0150 隨附
D0210	口腔內部 - 完整系列放射影像	免費	每名合約牙醫每 36 個月 1 個系列
D0220	口腔內部 - 根尖周首張放射影像	免費	每名合約牙醫每 12 個月 20 張影像（D0220、D0230）
D0230	口腔內部 - 根尖周每張額外放射影像	免費	每名合約牙醫每 12 個月 20 張影像（D0220、D0230）
D0240	口腔內部 - 齒咬合面放射影像	免費	每名合約牙醫每 6 個月 2 次
D0250	口腔外部 - 使用固定輻射源以及探測器建立的 2D 投射放射影像	免費	每個服務日期 1 次
D0251	口腔外部後牙放射影像	免費	每個服務日期 4 次
D0270	咬翼片 - 單次放射影像	免費	每個服務日期 1 次（D0270、D0273）
D0272	咬翼片 - 兩次放射影像	免費	每名合約牙醫每 6 個月 1 次（D0272、D0273）
D0273	咬翼片 - 三張放射影像	免費	每個服務日期 1 次（D0270、D0273）；每名合約牙醫每 6 個月 1 次（D0272、D0273）
D0274	咬翼片 - 四張放射影像	免費	每名合約牙醫每 6 個月 1 次（D0274、D0277）
D0277	垂直咬翼片 - 7 至 8 張放射影像	免費	每名合約牙醫每 6 個月 1 次（D0274、D0277）
D0310	唾液腺放射攝影	免費	
D0320	顫頷關節造影片，包含注射	免費	僅限創傷或病理檢查；每個服務日期 3 次
D0322	斷層攝影檢查	免費	每名合約牙醫每 12 個月 2 次
D0330	環口放射影像	免費	每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D0340	2D 頭影放射影像 - 獲取、測量與分析	免費	每名合約牙醫每 12 個月 2 次
D0350	於口腔內部或外部擷取 2D 口腔 / 面部攝影圖像	免費	用於診斷及治療放射影像中不明顯的具體臨床病情；每個服務日期 4 次
D0351	3D 照片攝影	免費	每個服務日期 1 次
D0460	牙髓活性測試	免費	

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D0470	診斷性石膏模	免費	僅限牙齒矯正福利的評估；每名合約牙醫1次，除非記錄了特殊情況（例如已影響到牙齒矯正治療過程的創傷或病理狀況）
D0502	根據報告進行的其他口腔病理學程序	免費	由口腔病理學家執行
D0601	齲齒風險評估和記錄，發現時為低風險	免費	每名合約牙醫或每個牙科診所每12個月1次（D0601、D0602、D0603）
D0602	齲齒風險評估和記錄，發現時為中風險	免費	每名合約牙醫或每個牙科診所每12個月1次（D0601、D0602、D0603）
D0603	齲齒風險評估和記錄，發現時為高風險	免費	每名合約牙醫或每個牙科診所每12個月1次（D0601、D0602、D0603）
D0701	環口放射影像 - 僅限影像擷取	免費	
D0702	2D 頭影放射影像 - 僅限影像擷取	免費	
D0703	2D 口腔/面部照片攝影，自口內或口外擷取 - 僅限影像擷取	免費	
D0704	3D 照片攝影 - 僅限影像擷取	免費	
D0705	口外後牙放射影像 - 僅限影像擷取	免費	
D0706	口腔內部 - 齒咬合面放射影像 - 僅限影像擷取	免費	
D0707	口腔內部 - 根尖放射影像 - 僅限影像擷取	免費	
D0708	口腔內部 - 咬翼放射影像 - 僅限影像擷取	免費	
D0709	口腔內部 - 完整系列放射影像 - 僅限影像擷取	免費	
D1000-D1999 II. 預防			
D1110	牙病預防 - 成人	免費	洗牙；每6個月1次（D1110、D1120、D4346）
D1120	牙病預防 - 兒童	免費	洗牙；每6個月1次（D1110、D1120、D4346）
D1206	局部應用氟化物塗膜	免費	每6個月1次（D1206、D1208）
D1208	局部應用氟化物 - 不含塗膜	免費	每6個月1次（D1206、D1208）
D1310	控制牙科疾病的營養諮詢	免費	
D1320	針對口腔疾病控制及預防的戒菸諮詢	免費	
D1321	為控制和預防與高風險物質使用相關之不良口腔、行為和全身性健康影響的諮詢	免費	
D1330	口腔衛生說明	免費	
D1351	密封劑 - 每顆牙	免費	每名合約牙醫每36個月每顆牙1次；僅限未作修復或有蛀牙的第一及第二恆白齒，以及佔據第二白齒位置的第三恆白齒
D1352	中度至高度齲齒風險患者的預防性樹脂修復 - 恆齒	免費	每名合約牙醫每36個月每顆牙1次；僅限未作修復或有蛀牙的第一及第二恆白齒，以及佔據第二白齒位置的第三恆白齒
D1353	密封劑修補 - 每顆牙	免費	由原來進行診治的合約牙醫或牙科診所在36個月內負責任何修補或替換
D1354	過渡期齲齒塗抹阻齲性藥物 - 每顆牙	免費	每6個月1顆牙，前提是投保人進行了齲齒風險評估並有文件記錄，且發現時為「高風險」
D1355	齲齒預防性藥物塗抹 - 每顆牙	免費	每6個月1顆牙，前提是投保人進行了齲齒風險評估並有文件記錄，且發現時為「高風險」
D1510	間隙保持器 - 固定式 - 單側 - 每個象限	免費	每個象限1次；後齒
D1516	間隙保持器 - 固定式 - 雙側，上頷	免費	每個牙弓1次；後齒
D1517	間隙保持器 - 固定式 - 雙側，下頷	免費	每個牙弓1次；後齒
D1520	間隙保持器 - 可摘除式 - 單側 - 每個象限	免費	每個象限1次；後齒
D1526	間隙保持器 - 可摘除式 - 雙側，上頷	免費	每個牙弓1次；直到17歲；後齒
D1527	間隙保持器 - 可摘除式 - 雙側，下頷	免費	每個牙弓1次；直到17歲；後齒
D1551	重鑲或重新黏合間隙保持器 - 上頷	免費	每名合約牙醫及每個象限或牙弓1次，直到17歲
D1552	重鑲或重新黏合間隙保持器 - 下頷	免費	每名合約牙醫及每個象限或牙弓1次，直到17歲

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D1553	重鑲或重新黏合單側間隙保持器 - 每個象限	免費	每名合約牙醫及每個象限或牙弓 1 次, 直到 17 歲
D1556	移除固定式單側間隙保持器 - 每個象限	免費	包含在置入牙具的合約牙醫或牙科診所之個案中
D1557	移除固定式雙側間隙維持器 - 上頷	免費	包含在置入牙具的合約牙醫或牙科診所之個案中
D1558	移除固定式雙側間隙保持器 - 下頷	免費	包含在置入牙具的合約牙醫或牙科診所之個案中
D1575	遠心鞋形間隙保持器 - 固定式、單側 - 每個象限	免費	每個象限 1 次; 年齡 8 歲及以下; 後齒
D2000-D2999 III. 修復			
- 包括拋光、所有黏合劑及黏結劑、間接蓋髓術、牙托、墊底和酸蝕治療。			
- 如現有修復已達 5 年 (60 個月) 以上才可更換牙冠、嵌體和冠蓋體。			
D2140	汞合金 - 一面, 乳牙或恆齒	\$25	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2150	汞合金 - 兩面, 乳牙或恆齒	\$30	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2160	汞合金 - 三面, 乳牙或恆齒	\$40	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2161	汞合金 - 四面或以上, 乳牙或恆齒	\$45	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2330	合成樹脂 - 一面, 前牙	\$30	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2331	合成樹脂 - 兩面, 前牙	\$45	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2332	合成樹脂 - 三面, 前牙	\$55	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2335	合成樹脂 - 四面或以上, 或涉及切緣角度 (前牙)	\$60	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2390	合成樹脂牙冠 - 前牙	\$50	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2391	合成樹脂 - 一面, 後牙	\$30	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2392	合成樹脂 - 兩面, 後牙	\$40	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2393	合成樹脂 - 三面, 後牙	\$50	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2394	合成樹脂 - 四面或以上, 後牙	\$70	對於乳牙, 每名合約牙醫每 12 個月 1 次; 對於恆齒, 每名合約牙醫每 36 個月 1 次
D2710	牙冠 - 合成樹脂 (間接)	\$140	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2712	牙冠 - 3/4 合成樹脂 (間接)	\$190	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2721	牙冠 - 樹脂與主要賤金屬混合物	\$300	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2740	牙冠 - 烤瓷 / 陶瓷基底	\$300	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2751	牙冠 - 烤瓷熔附主要賤金屬	\$300	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2781	牙冠 - 3/4 模鑄主要賤金屬	\$300	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2783	牙冠 - 3/4 烤瓷 / 陶瓷	\$310	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2791	牙冠 - 全鑄主要賤金屬	\$300	每 60 個月 1 次, 恆齒: 13 至 18 歲
D2910	重鑲或重新黏合嵌體、冠蓋體、鑲面或局部覆面修復	\$25	每名合約牙醫每 12 個月 1 次
D2915	重鑲或重新黏合間接鑄造或預鑄的根心柱和柱芯	\$25	
D2920	重鑲或重新黏合牙冠	\$25	包括初次置入後 12 個月期間的再黏合; 不允許對投保人或計劃收取額外費用。所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制的
D2921	再黏結牙碎片、切緣或牙尖	\$45	每12個月1次
D2928	預鑄烤瓷/陶瓷牙冠 - 恆齒	\$120	每36個月1次
D2929	預鑄烤瓷 / 陶瓷牙冠 - 乳齒	\$95	每12個月1次
D2930	預鑄不銹鋼牙冠 - 乳牙	\$65	每12個月1次
D2931	預鑄不銹鋼牙冠 - 恆齒	\$75	每36個月1次
D2932	預鑄樹脂牙冠	\$75	乳牙每12個月1次；恆齒每36個月1次
D2933	預鑄不銹鋼牙冠，配有樹脂窗	\$80	乳牙每12個月1次；恆齒每36個月1次
D2940	保護性修復	\$25	每名合約牙醫每6個月1次
D2941	暫時治療性修復 - 乳牙	\$30	每名合約牙醫每顆牙每6個月1次
D2949	間接修復的修復性基底	\$45	
D2950	強化柱芯，包括需要時使用的任何牙釘	\$20	
D2951	牙釘固持 - 每顆牙，另加修復	\$25	每顆牙1次，不論置放幾顆牙釘；恆齒
D2952	牙冠外另加根心柱和柱芯，間接鑄成	\$100	賤金屬根心柱；每顆牙1次；本福利僅限與恆齒根管治療的獲承保牙冠連同提供
D2953	每個額外的間接預鑄根心柱 - 同類牙齒	\$30	連同D2952一起執行
D2954	牙冠之外另加預鑄好的根心柱和柱芯	\$90	每顆牙1次；本福利僅限與恆齒根管治療的獲承保牙冠連同提供
D2955	移除後	\$60	包含在執行牙髓病治療和修復程序的合約牙醫或牙科診所之個案費用中。所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。
D2957	每一額外預製的根心柱 - 同類牙齒	\$35	連同D2954一起執行
D2971	在符合現有的局部義齒托下，自訂牙冠的額外治療手術	\$35	包含在實驗室處理牙冠的費用內。所列費用適用於由原主治牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。
D2980	因修復材料破損而進行的必要牙冠修復	\$50	包括初次置入或上次修補後12個月內的修補；不允許原主治合約牙醫 / 牙科診所對投保人或計劃收取額外費用。
D2999	未指定的修復程序，根據報告進行	\$40	應用於：無法以 CDT 代碼充分描述的程序；或其 CDT 代碼非福利，但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。
D3000-D3999 IV. 牙髓病治療			
D3110	牙髓冠 - 直接（最後修復除外）	\$20	
D3120	牙髓冠 - 間接（最後修復除外）	\$25	
D3220	治療性牙髓切斷術（最後修復除外） - 冠髓從牙本質牙骨質交界移除以及藥物的敷用	\$40	每顆乳牙1次
D3221	牙髓清理術，乳牙及恆齒	\$40	每顆牙1次
D3222	為根尖生成的局部牙髓切斷術 - 齒根未完全發育的恆齒	\$60	每顆恆齒1次
D3230	牙髓療法（可吸收性填充） - 前牙乳牙（最後修復除外）	\$55	每顆牙1次
D3240	牙髓療法（可吸收性填充） - 後牙乳牙（最後修復除外）	\$55	每顆牙1次
D3310	牙髓病治療，前牙（最後修復除外）	\$195	根管
D3320	牙髓病治療，二尖齒（最後修復除外）	\$235	根管
D3330	牙髓病治療，白齒（最後修復除外）	\$300	根管
D3331	根管堵塞治療術；非手術治療	\$50	
D3333	牙根穿孔根內修復術	\$80	

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D3346	重新治療先前受治過的根管 - 前牙	\$240	包括初次治療後 12 個月內的再次治療，不對投保人或計劃收費。所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。
D3347	重新治療先前受治過的根管 - 二尖齒	\$295	包括初次治療後 12 個月內的再次治療，不對投保人或計劃收費。所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。
D3348	重新治療先前受治過的根管 - 白齒	\$365	包括初次治療後 12 個月內的再次治療，不對投保人或計劃收費。所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。
D3351	根尖誘導成形術 / 再鈣化 - 初次門診 (穿孔的根尖閉合 / 鈣化修復、牙根吸收等)	\$85	每顆恆齒 1 次
D3352	根尖誘導成形術 / 再鈣化 - 臨時換藥	\$45	每顆恆齒 1 次
D3410	根尖切除術 - 前牙	\$240	每 24 個月由同一位合約牙醫或同一家牙科診所提供 1 次; 僅限恆齒
D3421	根尖切除術 - 二尖齒 (第一個牙根)	\$250	每 24 個月由同一位合約牙醫或同一家牙科診所提供 1 次; 僅限恆齒
D3425	根尖切除術 - 白齒 (第一個牙根)	\$275	每 24 個月由同一位合約牙醫或同一家牙科診所提供 1 次; 僅限恆齒
D3426	根尖切除術 (每個額外牙根)	\$110	每 24 個月由同一位合約牙醫或同一家牙科診所提供 1 次; 僅限恆齒; 若第三白齒佔據第一或第二白齒位置時可享本福利, 或者是既存固定式局部義齒或可摘除式局部義齒 (含有模鑄卡環或支托) 的橋台時可享本福利。
D3430	逆填充補牙術 - 每個牙根	\$90	
D3471	牙根吸收手術修復 - 前牙	\$160	每 24 個月由同一合約牙醫或牙科診所提供 1 次
D3472	牙根吸收手術修復 - 前白齒	\$160	每 24 個月由同一合約牙醫或牙科診所提供 1 次
D3473	牙根吸收手術修復 - 白齒	\$160	每 24 個月由同一合約牙醫或牙科診所提供 1 次
D3910	使用橡皮障進行牙齒隔離的手術程序	\$30	
D3999	未詳細說明的牙髓病治療程序, 根據報告進行	\$100	應用於: 無法以 CDT 代碼充分描述的程序; 或其 CDT 代碼非福利, 但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。
D4000-D4999 V. 牙周病			
- 包括局部麻醉下手術前後的評估和治療。			
D4210	牙齦切除或牙齦成形 - 每個象限四顆或以上鄰牙或牙齒界定的空間	\$150	每 36 個月每個象限 1 次, 13 歲以上
D4211	牙齦切除或牙齦成形 - 每個象限一至三顆鄰牙或牙齒界定的空間	\$50	每 36 個月每個象限 1 次, 13 歲以上
D4249	臨床齒冠延長術 - 硬組織	\$165	
D4260	牙周骨修整術 (包括全層瓣掀開與閉合術) - 每個象限四顆或以上鄰牙或牙齒界定的空間	\$265	每 36 個月每個象限 1 次, 13 歲以上
D4261	牙周骨修整術 (包括全層瓣掀開與閉合術) - 每個象限一顆至三顆鄰牙或牙齒界定的空間	\$140	每 36 個月每個象限 1 次, 13 歲以上
D4265	有助於軟組織和骨組織再生的生物材料, 每個部位	\$80	
D4341	牙周刮牙術和根面平整術 - 每個象限四顆或以上牙齒	\$55	每 24 個月每個象限 1 次; 13 歲以上
D4342	牙周刮牙術和根面平整術 - 每個象限一至三顆牙齒	\$30	每 24 個月每個象限 1 次; 13 歲以上

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制的費用
D4346	刮牙術，對症於出現廣泛性中度或重度牙齦發炎 - 口腔評估後全口進行	\$40	洗牙；每6個月1次 (D1110、D1120、D4346)
D4355	在一次后續就診中為全面評估和診斷而進行的全口腔牙周清理術	\$40	每連續12個月1次治療
D4381	抗菌藥物局部放置，經由緩釋控制的載體置入病變齦溝組織內（每顆牙齒）	\$10	
D4910	牙周維護	\$30	每3個月1次；服務必須在上次刮牙術和根面平整術後24個月內進行
D4920	不定期換藥（由主治牙醫或其工作人員以外的其他人進行）	\$15	每名合約牙醫1次；13歲以上
D4999	未指定的牙周手術，根據報告進行	\$350	13歲以上的投保人。應用於：無法以 CDT 代碼充分描述的程序；或其 CDT 代碼非福利，但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。
D5000-D5899 VI. (可摘除式) 義齒修復			
- 對於所有義齒和局部義齒，費用分攤包括植牙後六個月內的交付後調整及組織調理術（如需要）。投保人必須繼續保持資格有效，並且服務必須在義齒最初交付的合約牙醫設施內提供。			
- 在任何連續12個月期間，每顆義齒僅限1次的基托復位、重襯和組織調理。			
- 置換義齒或局部義齒，現有義齒需植入5年（60個月）以上。			
D5110	全口義齒 - 上頷	\$300	每60個月1次
D5120	全口義齒 - 下頷	\$300	每60個月1次
D5130	臨時義齒 - 上頷	\$300	終生1次；60個月內不得享用後續全口義齒 (D5110、D5120) 福利。
D5140	臨時義齒 - 下頷	\$300	終生1次；60個月內不得享用後續全口義齒 (D5110、D5120) 福利。
D5211	上頷局部義齒 - 樹脂基托（包括：固位 / 卡環材料、支托和義齒）	\$300	每60個月1次
D5212	下頷局部義齒 - 樹脂基托（包括：固位 / 卡環材料、支托和義齒）	\$300	每60個月1次
D5213	上頷局部義齒 - 附有樹脂義齒基托的模鑄金屬托（包括任何常規卡環、支托，和義齒）	\$335	每60個月1次
D5214	下頷局部義齒 - 附有樹脂義齒基托的模鑄金屬托（包括任何常規卡環、支托，和義齒）	\$335	每60個月1次
D5221	臨時上頷局部義齒 - 樹脂基托（包括固位 / 卡環材料、支托和義齒）	\$275	每60個月1次
D5222	臨時下頷局部義齒 - 樹脂基托（包括固位 / 卡環材料、支托和義齒）	\$275	每60個月1次
D5223	臨時上頷局部義齒 - 附有樹脂義齒基托的鑄造金屬義齒托（包括固位 / 卡環材料、支托和義齒）	\$330	每60個月1次
D5224	臨時下頷局部義齒 - 附有樹脂義齒基托的鑄造金屬義齒托（包括固位 / 卡環材料、支托和義齒）	\$330	每60個月1次
D5410	全口義齒調整 - 上頷	\$20	每名合約牙醫每個服務日1次；最初6個月後，每名合約牙醫每12個月最多2次
D5411	全口義齒調整 - 下頷	\$20	每名合約牙醫每個服務日1次；最初6個月後，每名合約牙醫每12個月最多2次

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D5421	局部義齒調整 - 上頷	\$20	每名合約牙醫每個服務日1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每12個月最多2次
D5422	局部義齒調整 - 下頷	\$20	每名合約牙醫每個服務日1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每12個月最多2次
D5511	修復斷裂的全口義齒基托, 下頷	\$40	每名合約牙醫每個服務日1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每個牙弓每12個月最多2次
D5512	修復斷裂的全口義齒基托, 上頷	\$40	每名合約牙醫每個服務日1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每個牙弓每12個月最多2次
D5520	缺齒或斷齒鑲補 - 全口義齒 (每顆牙齒)	\$40	最初6個月後, 每個服務日期每個牙弓最多4次; 每名合約牙醫每個牙弓每12個月最多2次
D5611	修復局部義齒樹脂基托, 下頷	\$40	每名合約牙醫每個服務日每個牙弓1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每個牙弓每12個月最多2次
D5612	修復局部義齒樹脂基托, 上頷	\$40	每名合約牙醫每個服務日每個牙弓1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每個牙弓每12個月最多2次
D5621	模鑄義齒托修補術, 下頷	\$40	每名合約牙醫每個服務日每個牙弓1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每個牙弓每12個月最多2次
D5622	修補模鑄局部義齒托, 上頷	\$40	每名合約牙醫每個服務日每個牙弓1次; 最初6個月後, 每名合約牙醫每個牙弓每12個月最多2次
D5630	修補或更換斷裂的固位卡環材料 - 每顆牙齒	\$50	最初6個月後, 每個服務日期3次; 每名合約牙醫每個牙弓每12個月2次
D5640	更換斷齒 - 每顆牙齒	\$35	最初6個月後, 每個服務日期每個牙弓4次; 每名合約牙醫每個牙弓每12個月2次
D5650	現有局部義齒補齒術	\$35	每名合約牙醫每個服務日期最多3次; 最初6個月後, 每顆牙1次
D5660	現有局部義齒卡環添補 - 每顆牙齒	\$60	最初6個月後, 每個服務日期3次; 每名合約牙醫每個牙弓每12個月2次
D5730	重襯上頷全口義齒 (直接)	\$60	在最初提供牙具的合約牙醫或牙科診所置入後最初6個月內包括; 最初6個月之後每12個月內1次
D5731	重襯下頷全口義齒 (直接)	\$60	最初6個月後, 每12個月1次
D5740	重襯上頷局部義齒 (直接)	\$60	最初6個月後, 每12個月1次
D5741	重襯下頷局部義齒 (直接)	\$60	最初6個月後, 每12個月1次
D5750	重襯上頷全口義齒 (間接)	\$90	最初6個月後, 每12個月1次
D5751	重襯下頷全口義齒 (間接)	\$90	最初6個月後, 每12個月1次
D5760	重襯上頷局部義齒 (間接)	\$80	最初6個月後, 每12個月1次
D5761	重襯下頷局部義齒 (間接)	\$80	最初6個月後, 每12個月1次
D5850	組織調理術, 上頷	\$30	最初6個月後, 每36個月每顆義體2次
D5851	組織調理術, 下頷	\$30	最初6個月後, 每36個月每顆義體2次
D5862	精確固位體, 根據報告進行	\$90	包含在原本提供服務的合約牙醫或牙科診所的假體和修復程序費用內。所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的牙醫所提供之服務。
D5863	覆蓋式義齒 - 上頷全部	\$300	每60個月1次
D5864	覆蓋式義齒 - 上頷局部	\$300	每60個月1次
D5865	覆蓋式義齒 - 下頷全部	\$300	每60個月1次
D5866	覆蓋式義齒 - 下頷局部	\$300	每60個月1次

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D5899	未指定的可摘除式義體程序，根據報告進行	\$350	應用於：無法以 CDT 代碼充分描述的程序；或其 CDT 代碼非福利，但投保人有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。
D5900-D5999 VII. 頰面修復			
- 所有頰面修復程序均需獲得事前授權。			
D5911	面部印模（斷片）	\$285	
D5912	面部印模（全面）	\$350	
D5913	義鼻	\$350	
D5914	義耳	\$350	
D5915	眼眶義眼	\$350	
D5916	義眼	\$350	
D5919	臉部義體	\$350	
D5922	鼻中隔義體	\$350	
D5923	義眼，臨時	\$350	
D5924	顱部義體	\$350	
D5925	豐面植入義體	\$200	
D5926	義鼻，更換	\$200	
D5927	義耳，更換	\$200	
D5928	義眼，更換	\$200	
D5929	面部義體，更換	\$200	
D5931	閉孔肌義體，手術	\$350	
D5932	閉孔肌義體，定型	\$350	
D5933	閉孔器義體，改動	\$150	每 12 個月 2 次
D5934	帶導緣的下頷切除義體	\$350	
D5935	無導緣的下頷切除義體	\$350	
D5936	閉孔肌義體，臨時	\$350	
D5937	牙關緊閉輔助器（非供 TMD 治療）	\$85	
D5951	進食輔具	\$135	
D5952	言語輔助義體，兒童	\$350	
D5953	言語輔助義體，成人	\$350	
D5954	硬顎擴骨義體	\$135	
D5955	硬顎提升義體，定型	\$350	
D5958	硬顎提升義體，臨時	\$350	
D5959	顎部提升義體，改動	\$145	每 12 個月 2 次
D5960	言語輔助義體，改動	\$145	每 12 個月 2 次
D5982	手術支架	\$70	
D5983	放射載體	\$55	
D5984	放射防護罩	\$85	
D5985	放射錐體位器	\$135	
D5986	氟化凝膠載體	\$35	
D5987	接合夾板	\$85	
D5988	手術用夾板	\$95	
D5991	囊泡性疾病藥物載具	\$70	
D5999	未指定的頰面修復，根據報告進行	\$350	應用於：無法以 CDT 代碼充分描述的程序；或其 CDT 代碼非福利，但投保人有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。
D6000-D6199 VIII. 植牙服務			

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制的費用
<i>- 僅於特殊醫療狀況下享有本福利。需要取得事前授權。另請參閱表 B。</i>			
D6010	手術植入體置放：骨內植入	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6011	手術處理植入植體（第二階段植體手術）	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6013	手術置入迷你植體	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6040	手術置放：骨後植入	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6050	手術置放：經骨植入	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6055	連桿 - 植體或橋台支撐	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6056	預製橋台 - 包括調整和置放	\$135	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6057	客製橋台 - 包括置放	\$180	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6058	橋台支托式烤瓷 / 陶瓷牙冠	\$320	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6059	橋台支托式烤瓷熔附金屬牙冠（高貴金屬）	\$315	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6060	橋台支托式烤瓷熔附金屬牙冠（主要賤金屬）	\$295	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6061	橋台支托式烤瓷熔附金屬牙冠（貴金屬）	\$300	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6062	橋台支托式鑄金屬牙冠（高貴金屬）	\$315	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6063	橋台支托式鑄金屬牙冠（主要賤金屬）	\$300	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6064	橋台支托式鑄金屬牙冠（貴金屬）	\$315	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6065	植體支托式烤瓷 / 陶瓷牙冠	\$340	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6066	植體支托式牙冠 - 烤瓷熔附高貴金屬	\$335	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6067	植體支托式牙冠 - 高貴金屬合金	\$340	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6068	橋台支托式烤瓷 / 陶瓷 FPD 固位體	\$320	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6069	橋台支托式烤瓷熔附金屬 FPD 固位體（高貴金屬）	\$315	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6070	橋台支托式烤瓷熔附金屬 FPD 固位體（主要賤金屬）	\$290	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6071	橋台支托式烤瓷熔附金屬 FPD 固位體（貴金屬）	\$300	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6072	橋台支托式鑄金屬 FPD 固位體（高貴金屬）	\$315	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6073	橋台支托式鑄金屬 FPD 固位體（主要賤金屬）	\$290	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6074	橋台支托式鑄金屬 FPD 固位體（貴金屬）	\$320	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6075	植體支托式陶瓷 FPD 固位體	\$335	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6076	植體支托式 FPD 固位體 - 烤瓷熔附高貴金屬	\$330	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6077	植體支托式金屬 FPD 固位體 - 高貴金屬	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6080	移除和重新插入義體時的植體維護程序，包括清潔義體和橋台	\$30	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6081	出現單一植體發炎或粘膜炎時進行的刮牙術與清創術（包括植體表面清潔，不含翻瓣切入與閉合）	\$30	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6082	植體支托式牙冠 - 烤瓷熔附主要賤金屬合金	\$335	僅於特殊醫療狀況下享有本福利。
D6083	植體支托式牙冠 - 烤瓷熔附貴金屬合金	\$335	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6084	植體支托式牙冠 - 烤瓷熔附鈦和鈦合金	\$335	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6085	臨時性植體牙冠	\$300	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6086	植入物支托式牙冠 - 主要賤金屬合金	\$340	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6087	植體支托式牙冠 - 貴金屬合金	\$340	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6088	植體支托式牙冠 - 鈦和鈦合金	\$340	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6090	修復植體支托式義體，根據報告進行	\$65	僅於特殊醫療狀況下享有本福利

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D6091	植體 / 橋台支托式義體的半精密或精密附件更換, 每個附件	\$40	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6092	重新膠結或重新黏合植體 / 橋台支托式牙冠	\$25	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6093	重新膠結或重新黏合植體 / 橋台支托式固定局部義齒	\$35	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6094	橋台支托式牙冠 - 鈦和鈦合金	\$295	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6095	修復植體橋台, 根據報告進行	\$65	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6096	移除破裂的植體固定螺絲	\$60	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6097	橋台支托式牙冠 - 烤瓷熔附鈦和鈦合金	\$315	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6098	植體支撐式固位器 - 烤瓷熔附主要基本合金	\$330	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6099	用於金屬 FPD 的植體支撐式固位器 - 烤瓷熔附貴金屬合金	\$330	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6100	手術取出植體	\$110	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6110	用於缺齒牙弓的植體/橋台支托可摘除式義齒 - 上頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6111	用於缺齒牙弓的植體/橋台支托可摘除式義齒 - 下頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6112	用於部份缺齒牙弓的植體/橋台支托可摘除式義齒 - 上頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6113	用於部份缺齒牙弓的植體/橋台支托可摘除式義齒 - 下頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6114	用於缺齒牙弓的植體/橋台支托固定式義齒 - 上頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6115	用於缺齒牙弓的植體/橋台支托固定式義齒 - 下頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6116	用於部份缺齒牙弓的植體/橋台支托固定式義齒 - 上頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6117	用於部份缺齒牙弓的植體/橋台支托固定式義齒 - 下頷	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6120	植體支托式固定器 - 烤瓷熔附鈦和鈦合金	\$330	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6121	用於金屬 FPD 的植體支托式固定器 - 主要賤金屬合金	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6122	用於金屬 FPD 的植體支托式固定器 - 貴合金	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6123	金屬 FPD 的植體支托式固位體 - 鈦和鈦合金	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6190	放射 / 手術植體指數, 根據報告進行	\$75	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6191	半精確橋台 - 置放	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6192	半精確連接物 - 置放	\$350	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6194	FPD 的橋台支托式固位體牙冠 - 鈦和鈦合金	\$265	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6195	橋台支托式固位體 - 烤瓷熔附鈦和鈦合金	\$315	僅於特殊醫療狀況下享有本福利
D6199	未指定的植體程序, 根據報告進行	\$350	只有在有特殊病況記錄並通過醫療必要性審查時, 才享有植牙服務福利。書面文件應描述該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和擬定的治療。
D6200-D6999 IX. 義齒修復, 固定式			
- 每個固位體和每個橋體構成一個固定式局部義齒 (齒橋)。			
- 現有齒橋已使用 5 年 (60 個月) 以上才能更換牙冠、橋體、嵌體、冠蓋體或應力阻斷器。			
D6211	橋體 - 模鑄主要賤金屬	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制的費用
D6241	橋體 - 烤瓷熔附主要賤金屬	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6245	橋體 - 烤瓷 / 陶瓷	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6251	橋體 - 樹脂與主要賤金屬混合物	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6721	固位牙冠 - 樹脂與主要賤金屬混合物	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6740	固位牙冠 - 烤瓷 / 陶瓷	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6751	固位體牙冠 - 烤瓷熔附主要賤金屬	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6781	固位體牙冠 - 3/4 主要賤金屬鑄牙	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6783	固位體牙冠 - 3/4 烤瓷 / 陶瓷	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6784	固位體牙冠 - 3/4 鈦和鈦合金	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6791	固位體牙冠 - 全模鑄主要賤金屬	\$300	每 60 個月 1 次; 13 歲以上
D6930	重鑲或重新黏合固定式局部義齒	\$40	包括初次置入後 12 個月期間的再黏合; 不允許對投保人或計劃收取額外費用。所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。
D6980	修復材料破損導致的必要固定式局部義齒修復	\$95	
D6999	未指定的固定式義體程序, 根據報告進行	\$350	應用於: 無法以 CDT 代碼充分描述的程序; 或其 CDT 代碼非福利, 但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。由同一位合約牙醫 / 同一家診所初次置入固定式局部義齒的 12 個月內無法享有本福利。
D7000-D7999 X. 口腔與上頰面手術			
- 合約專科醫生執行的程序需獲得事前授權。D7340 - D7997 程序必須證明有其醫療必要性。另請參閱表 B。			
- 包括局部麻醉下手術前後的評估和治療。術後服務包括: 檢查、拆線及併發症治療。			
D7111	拔牙, 牙冠殘遺 - 乳牙	\$40	
D7140	拔牙, 歪突牙齒或牙根裸露 (以牙鉗挺起和 / 或拔牙鉗拔除)	\$65	
D7210	歪突牙齒拔除, 需要移除牙骨和 / 或切開牙齒, 並包括以拔牙鉗執行黏膜骨膜翻瓣術 (如臨床診斷為必要)	\$120	
D7220	阻生牙拔除 - 軟組織	\$95	
D7230	阻生牙拔除 - 局部牙骨	\$145	
D7240	阻生牙拔除 - 全部牙骨	\$160	
D7241	阻生牙拔除 - 全部牙骨, 並有非尋常的手術併發症	\$175	
D7250	手術拔除殘餘牙根 (切割手術)	\$80	
D7260	口腔前瘻管閉合	\$280	
D7261	竇穿孔初級封閉術	\$285	
D7270	意外脫落或移位牙齒的牙齒再植或穩固術	\$185	每個牙弓 1 次, 不論涉及多少顆牙齒; 前恆齒
D7280	未萌出牙齒外露	\$220	
D7283	置入裝置以促進阻生牙生長	\$85	僅適用於活性的牙齒矯正治療
D7285	口腔組織的切緣切片檢查 - 硬組織 (骨和牙齒)	\$180	每個服務日期每個牙弓 1 次; 不論累及幾個區域
D7286	口腔組織切片檢查 - 軟組織	\$110	每個服務日期 3 次
D7290	手術調整牙齒位置	\$185	每個牙弓 1 次, 僅適用於恆齒; 適用於活性的牙齒矯正治療
D7291	經中隔纖維切除術 / 上腔纖維切除術, 根據報告進行	\$80	每個牙弓 1 次; 適用於活性的牙齒矯正治療
D7310	牙槽成形術 (包括拔牙) - 每個象限四顆或以上牙齒或牙齒空間	\$85	

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制的
D7311	牙槽成形術 (包括拔牙) - 每個象限一至三顆牙齒或牙齒空間	\$50	
D7320	牙槽成形術 (不包括拔牙) - 每個象限四顆或以上牙齒或牙齒空間	\$120	
D7321	牙槽成形術 (不包括拔牙) - 每個象限一至三顆牙齒或牙齒空間	\$65	
D7340	口腔前庭成形術 - 牙槽脊延展術 (二期上皮形成)	\$350	每個牙弓每 60 個月 1 次
D7350	口腔前庭成形術 - 牙槽脊延展術 (包括軟組織移植、肌肉重建、軟組織附著整型及對組織肥大與增生的管控)	\$350	每個牙弓 1 次
D7410	切除最大 1.25 公分的良性病變	\$75	
D7411	切除大於 1.25 公分的良性病變	\$115	
D7412	切除複雜的良性病變	\$175	
D7413	切除最大 1.25 公分的惡性病變	\$95	
D7414	切除大於 1.25 公分的惡性病變	\$120	
D7415	切除複雜的惡性病變	\$255	
D7440	切除惡性腫瘤 - 病變直徑最多 1.25 公分	\$105	
D7441	切除惡性腫瘤 - 病變直徑大於 1.25 公分	\$185	
D7450	移除良性齒源性囊腫或腫瘤 - 病變直徑最大 1.25 公分	\$180	
D7451	移除良性齒源性囊腫或腫瘤 - 病變直徑大於 1.25 公分	\$330	
D7460	移除良性非齒源性囊腫或腫瘤 - 病變直徑最大 1.25 公分	\$155	
D7461	移除良性非齒源性囊腫或腫瘤 - 病變直徑大於 1.25 公分	\$250	
D7465	以物理或化學方法破壞病變, 根據報告進行	\$40	
D7471	側面外生骨疣切除 (上頷或下頷)	\$140	每個象限 1 次
D7472	齶隆凸切除術	\$145	終生 1 次
D7473	下頷隆凸切除術	\$140	每個象限 1 次
D7485	減少骨性結節	\$105	每個象限 1 次
D7490	根除上頷骨或下頷骨	\$350	
D7510	膿腫切開及引流術 - 口腔內部軟組織	\$70	每個服務日期每個象限 1 次
D7511	膿腫的切開和引流術 - 口腔軟組織 - 複雜 (包括多個筋膜空間的引流)	\$70	每個服務日期每個象限 1 次
D7520	膿腫切開及引流術 - 口腔外部軟組織	\$70	
D7521	膿腫的切開和引流術 - 口腔外軟組織 - 複雜 (包括多個筋膜空間的引流)	\$80	
D7530	從黏膜、皮膚或皮下齒槽組織移除異物	\$45	每個服務日期 1 次
D7540	移除生成外來物的反應, 肌肉骨骼系統	\$75	每個服務日期 1 次
D7550	用於移除非重要骨骼的局部切除術 / 定序切除術	\$125	每個服務日期每個象限 1 次
D7560	用於切除結牙碎片或異物的頷竇切開術	\$235	
D7610	上頷 - 切開復位術 (牙齒固定, 如有)	\$140	
D7620	上頷 - 閉合復位術 (牙齒固定, 如有)	\$250	
D7630	下頷 - 切開復位術 (牙齒固定, 如有)	\$350	
D7640	下頷 - 閉合復位術 (牙齒固定, 如有)	\$350	
D7650	頰弓和 / 或顳弓 - 切開復位術	\$350	
D7660	頰弓和 / 或顳弓 - 閉合復位術	\$350	
D7670	牙槽 - 閉合復位術, 可包括牙齒固定	\$170	

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制的費用
D7671	牙槽 - 切開復位術, 可包括牙齒固定	\$230	
D7680	面骨 - 複雜的復位固定術和多種手術方法	\$350	
D7710	上頷骨 - 切開復位術	\$110	
D7720	上頷骨 - 閉合復位術	\$180	
D7730	下頷骨 - 切開復位術	\$350	
D7740	下頷骨 - 閉合復位術	\$290	
D7750	頰弓和 / 或顳弓 - 切開復位術	\$220	
D7760	頰弓和 / 或顳弓 - 閉合復位術	\$350	
D7770	牙槽 - 切開復位術及牙齒固定	\$135	
D7771	牙槽 - 閉合復位術及牙齒固定	\$160	
D7780	面骨 - 複雜的復位固定術和多種方法	\$350	
D7810	脫位的切開復位術	\$350	
D7820	脫位的閉合復位術	\$80	
D7830	麻醉下操作	\$85	
D7840	髁狀突切除術	\$350	
D7850	外科關節盤切除術, 不論有 / 無植體	\$350	
D7852	關節盤修復術	\$350	
D7854	滑膜切除術	\$350	
D7856	肌切開術	\$350	
D7858	關節重建術	\$350	
D7860	關節切開術	\$350	
D7865	關節成形術	\$350	
D7870	關節穿刺術	\$90	
D7871	非關節鏡鬆解術與灌洗	\$150	
D7872	關節鏡檢查 - 診斷, 不論有 / 無進行切片	\$350	
D7873	關節鏡檢查: 黏附因子的灌洗與溶解	\$350	
D7874	關節鏡檢查: 關節盤復位和穩固	\$350	
D7875	關節鏡檢查: 滑膜切除術	\$350	
D7876	關節鏡檢查: 關節盤切除術	\$350	
D7877	關節鏡檢查: 清創術	\$350	
D7880	咬合矯正裝置, 根據報告進行	\$120	
D7881	咬合矯正裝置調整	\$30	每名合約牙醫每個服務日期 1 次; 每名合約牙醫每 12 個月 2 次
D7899	未指定的顳顎關節障礙 (TMD) 療法, 根據報告進行	\$350	
D7910	近期 5 公分及以下的小傷口縫合	\$35	
D7911	複雜性縫合 - 最大 5 公分	\$55	
D7912	複雜性縫合 - 大於 5 公分	\$130	
D7920	皮膚移植術 (鑑別獲承保的缺損、位置和移植類型)	\$120	
D7922	置放幫助止血或穩定血塊的齒槽間生物敷料, 每個部位	\$80	
D7940	骨成形術 - 用於治療正頷畸形	\$160	
D7941	骨成形術 - 下頷支伴骨	\$350	
D7943	骨成形術 - 下頷支伴骨移植; 包括獲取移植植物	\$350	
D7944	骨成形術 - 節段性或根尖下	\$275	
D7945	骨成形術 - 下頷骨體	\$350	
D7946	LeFort I (上頷骨 - 全部)	\$350	
D7947	LeFort I (上頷骨 - 節段)	\$350	

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制的
D7948	LeFort II 或 LeFort III (面骨成形術用以治療中臉發育不全或下頷後移) - 不進行骨移植	\$350	
D7949	LeFort II 或 LeFort III - 進行骨移植	\$350	
D7950	上頷或下頷骨質、骨與骨膜或軟骨移植 - 自體或非自體, 根據報告進行	\$190	
D7951	經側邊切開方法以骨骼或骨骼替代物進行鼻竇填充	\$290	
D7952	由垂直方法進行的鼻竇填充	\$175	
D7955	修復頷面部軟組織和/或硬組織的缺損	\$200	
D7961	頰/唇切除術 (繫帶切除術)	\$120	每個服務日期每個牙弓 1 次; 僅限恆門牙和尖牙已萌出時才可享有本福利
D7962	舌繫帶切除術 (繫帶切除術)	\$120	每個服務日期每個牙弓 1 次; 僅限恆門牙和尖牙已萌出時才可享有本福利
D7963	繫帶切除術	\$120	每個服務日期每個牙弓 1 次; 僅限恆門牙和尖牙已萌出時才可享有本福利
D7970	切除增生組織 - 每個牙弓	\$175	每個服務日期每個牙弓 1 次
D7971	切除冠周齒齦	\$80	
D7972	手術減少纖維性結節	\$100	每個服務日期每個象限 1 次
D7979	非經外科手術進行的涎石切開術	\$155	
D7980	涎石切開術	\$155	
D7981	切除唾液腺, 根據報告進行	\$120	
D7982	唾液管成形術	\$215	
D7983	唾液瘻管閉合	\$140	
D7990	緊急氣管切開術	\$350	
D7991	冠狀突切除術	\$345	
D7995	合成植骨 - 下頷骨或面骨, 根據報告進行	\$150	
D7997	輔助器移除 (非由放置輔助器的牙醫進行), 包括移除牙弓條	\$60	僅限拆除手術程序用到的裝置; 每個牙弓每個服務日期 1 次; 所列費用適用於由原主治合約牙醫 / 牙科診所以外的合約牙醫所提供之服務。
D7999	未指定的口腔手術程序, 根據報告進行	\$350	應用於: 無法以 CDT 代碼充分描述的程序; 或其 CDT 代碼非福利, 但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。
D8000-D8999 XI. 牙科矯正 - 僅限兒科投保人醫療上必需的項目			
- 牙科矯正服務首先必須經合約牙醫確定具有醫療必要性。僅限具有醫療必要性時享有牙科矯正治療福利, 如證據指出嚴重致殘的牙齒咬合不正, 且需獲得事前授權。嚴重致殘的牙齒咬合不正不屬於整形美容方面的情況。牙齒必須嚴重錯位而造成了功能性問題, 對口腔和/或整體健康產生了負面影響。			
- 兒童投保人必須持續符合資格, 醫療上必需的牙科矯正福利將採分期付款提供給合約牙醫。			
- 綜合性牙科矯正治療 (D8080) 包括所有用具、調整、置入、移除以及治療後的穩固 (維護)。在活性治療期間, 投保人仍須符合入保資格。已收取個案綜合費用用的原主治合約牙齒矯正醫師或牙科診所不得向投保人收取額外費用。將向提供服務的合約牙齒矯正醫師 (非原主治合約牙齒矯正醫師或牙科診所) 另行支付費用。			
- 醫療上必需的牙齒矯正費用分攤款項適用於整個療程, 不適用於多年療程中的個別福利年度。只要兒科投保人仍然投保於本計劃, 此費用分攤則適用於該療程。			
- 如需了解醫療上必需的牙科矯正服務的更多資訊, 請參閱表 B。			
D8080	青少年齒列的綜合性牙科矯正治療	\$1,000	每名投保人每個治療階段 1 次; 包含在個案綜合費用用中
D8210	可摘除式用具治療		終生 1 次; 6 歲至 12 歲; 包含在個案綜合費用用中
D8220	固定式用具治療		終生 1 次; 6 歲至 12 歲; 包含在個案綜合費用用中

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D8660	以監測生長與發育為目的之牙科矯正的治療前檢查		由同一位合約牙醫或同一家牙科診所提供時，每3個月1次；終生最多6次就診；包含在個案綜合費用中
D8670	定期牙科矯正治療就診		包含在個案綜合費用中
D8680	牙科矯正維護（用具拆除、構建及置入固位裝置）		每個牙齒矯正治療的授權階段每個牙弓1次；包含在個案綜合費用中
D8681	活動式矯正固位體調整		包含在個案綜合費用中
D8696	牙科矯正裝置的修補 - 上頷		每個裝置1次；包含在個案綜合費用中
D8697	牙科矯正裝置的修補 - 下頷		每個裝置1次；包含在個案綜合費用中
D8698	重鑲或重新黏合固定式固位體 - 上頷		每名合約牙醫1次；包含在個案綜合費用中
D8699	重鑲或重新黏合固定式固位體 - 下頷		每名合約牙醫1次；包含在個案綜合費用中
D8701	修補固定式固位器，包括重新黏固 - 上頷		每名合約牙醫1次；包含在個案綜合費用中。所列費用適用於非原主治矯正醫師或牙科診所之牙齒矯正醫師所提供的服務。
D8702	修補固定式固位器，包括重新黏固 - 下頷		每名合約牙醫1次；包含在個案綜合費用中。所列費用適用於非原主治矯正醫師或牙科診所之牙齒矯正醫師所提供的服務。
D8703	遺失或損壞的固位器的更換 - 上頷		每個牙弓1次；牙齒矯正維護服務日期後24個月內（D8680）；/包含在個案綜合費用中
D8704	遺失或損壞的固位器的更換 - 下頷		每個牙弓1次；牙齒矯正維護服務日期後24個月內（D8680）；/包含在個案綜合費用中
D8999	未詳細說明牙科矯正程序，根據報告進行		應用於：無法以 CDT 代碼充分描述的程序；或其 CDT 代碼非福利，但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療，包含在個案綜合費用中。
D9000-D9999 XII. 輔助性綜合服務			
D9110	牙痛（緊急）鎮痛治療 - 小型手術	\$30	每名合約牙醫每個服務日期1次；不論受治的牙齒和/或區域有幾個
D9120	固定式局部義齒切開	\$95	
D9210	非配合手術或外科程序的局部麻醉	\$10	每名合約牙醫每個服務日期1次；用於執行鑑別診斷，或作為治療性注射，以消除或控制疾病或異常狀態
D9211	局部阻滯麻醉	\$20	
D9212	三叉神經分支阻滯麻醉	\$60	
D9215	配合手術或外科程序的局部麻醉	\$15	
D9222	深層鎮靜 / 全身麻醉 - 首個 15 分鐘	\$45	僅在由合約牙醫提供獲承保的口腔外科手術時承付；每個服務日期4次（D9222、D9223）
D9223	深度鎮靜 / 全身麻醉 - 每增加 15 分鐘	\$45	僅在由合約牙醫提供獲承保的口腔外科手術時承付；每個服務日期4次（D9222、D9223）
D9230	吸入一氧化二氮 / 止痛、抗焦慮劑	\$15	（如可用）
D9239	靜脈中度（意識清楚）鎮靜 / 麻醉 - 首個 15 分鐘	\$60	僅在由合約牙醫提供獲承保的口腔外科手術時承付；每個服務日期4次（D9239、D9243）
D9243	靜脈中度（意識清楚）鎮靜 / 麻醉 - 每增加 15 分鐘	\$60	僅在由合約牙醫提供獲承保的口腔外科手術時承付；每個服務日期4次（D9239、D9243）
D9248	非靜脈意識清楚鎮靜	\$65	如可用；每名合約牙醫每個服務日期1次
D9310	諮詢 - 由其他牙醫或醫師而非由提供治療的牙醫或醫師所提供的診斷服務	\$50	
D9311	與衛生專業人員諮詢	免費	
D9410	住家 / 長期照護設施電訪	\$50	每個投保人每個服務日期1次
D9420	醫院或流動手術中心呼叫	\$135	

代碼	描述	兒科投保人支付的費用	對於兒科投保人的澄清 / 限制
D9430	門診觀察（在正常安排時間內）- 不提供其他服務	\$20	每名合約牙醫每個服務日期1次
D9440	門診 – 在正常安排時間過後	\$45	每名合約牙醫每個服務日期1次
D9610	腸胃外藥物治療，單次給藥	\$30	每個服務日期4次（D9610、D9612）注射
D9612	注射用藥物治療，兩次或更多次用藥；不同藥物	\$40	每個服務日期4次（D9610、D9612）注射
D9910	減敏藥物的使用	\$20	每名合約牙醫每12個月1次；恆齒
D9930	併發症治療（術後）- 不尋常情形，根據報告進行	\$35	拔牙30天內每名合約牙醫每個服務日期1次
D9950	咬合分析 - 鑲嵌情況	\$120	需要獲得事前授權；診斷出TMJ障礙者每12個月1次；恆齒；13歲以上
D9951	齒咬合面調整 – 局部	\$45	每名合約牙醫每個象限每12個月1次；13歲以上
D9952	齒咬合面調整 – 全口	\$210	診斷出TMJ障礙者在咬合分析 - 鑲嵌情況（D9950）後每12個月1次；恆齒；13歲以上
D9997	牙科個案管理 - 有特殊健康護理需求的患者	免費	
D9999	未指定的輔助程序，根據報告進行	免費	應用於：無法以 CDT 代碼充分描述的程序；或其 CDT 代碼非福利，但患者有獨特的醫療狀況可證實其醫療必要性的程序。文件應包括該程序所解決的特定病況、表明有醫療必要性的理由依據、任何相關的病史和實際治療。

附註：

如果所列治療服務由合約牙醫提供，投保人應支付所規定的費用分攤。要求牙醫提供專科醫生服務並由合約牙醫轉介的所列治療必須經 Delta Dental 批准。投保人支付針對該服務規定的費用分攤。

備選或升級程序定義為合約牙醫所提出的任何替代程序，該等程序經正式財務同意，與承保程序一樣，可滿足相同的牙科需求。投保人可選擇一項備選或升級程序，但需遵守本計劃的限制和排除條款。對投保人適用的收費為合約牙醫提供備選或升級程序的常規收費（如適用，或為合約收費）與承保程序的常規收費（如適用，或為合約收費）二者間的差價，再加上任何為承保程序適用的費用分攤。

可選服務範例：

- 如果投保人選擇一位合約牙醫提供的選擇性或升級程序，
 - 當中使用了貴重（D6061、D6064、D6071、D6074、D6083、D6087、D6099、D6122）；高貴（珍貴）（D6059、D6062、D6066、D6067、D6069、D6072、D6076、D6077）；或鈦（D6084、D6088、D6094、D6097、D6194、D6195、D6784）金屬作植體/基台支托式牙冠或固定式齒橋固定器，
 - 且合約牙醫有收取額外的實驗室費用。

則該投保人將承擔實驗室收取的費用，這等於可選服務的較高費用與慣例服務或標準程序的較低費用之間的差額。

Covered California 2023 牙科標準福利計劃之額外附註

兒童牙科 EHB 附註（僅適用於兒童牙科保險計劃或家庭牙科保險計劃之兒童部份）

這些計劃內容的實施必須遵循兒科牙科 EHB 基準計劃的要求，包括有醫療必要性情況下的服務承保，如早期定期篩檢、診斷和治療（「EPSDT」）福利所界定。

附表 B

兒科投保人的福利限制和排除條款（19 歲以下）

兒科投保人的福利限制條款

1. 某些福利有次數限制。所有的次數限制均列於附表 A 《兒科福利的福利和費用分攤說明》（「附表 A」）中。若有文件記錄的醫療必要性證實因身體限制和 / 或口腔條件阻礙日常口腔衛生，針對預防、氟化物和刮牙術程序（D1110、D1120、D1206、D1208 和 D4346）超出所述頻率限制的額外要求可針對事前授權予以考量。
2. 填充物 (D2140-D2161、D2330-D2335、D2391-D2394) 是拔除蛀齒的保險福利，可簡單修補牙齒結構或替換缺失的填充物。
3. 若牙齒結構不足以支撐填充物，或替換失去功能或無法復原的現有牙冠，同時符合五年（60 個月）以上的限制，才會提供牙冠（D2390 及僅介於 D2710-D2791 間的承保代碼）保險福利。
4. 有以下情況時，現有牙冠（D2390 及僅介於 D2710-D2791 的承保代碼）的替換、固定式局部義齒（齒橋）（僅介於 D6211-D6245、D6251、D6721-D6791 間的承保代碼），或可摘除式全口（D5110、D5120）或局部義齒（僅介於 D5211-D5214、D5221-D5224 間的承保代碼）可獲承保：
 - a. 現有之修復 / 齒橋 / 義齒已失去功能，且無法透過修復或調整來恢復功能，以及
 - b. 下列任一項：
 - 現有失去功能之修復 / 齒橋 / 義齒在更換前已植入五年（60 個月）以上，**或者**
 - 若現有之局部義齒未滿五年（60 個月），但由於天然牙齒脫落，而必須以新的局部義齒進行更換，且其無法透過對現有之局部義齒增加另一顆牙齒來取代。
5. 承保固定式局部義齒（齒橋）（僅限介於 D6211-D6245、D6251、D6721-D6791）間的承保代碼或可摘除式局部義齒（僅限介於 D5211-D5214、D5221-D5224 間的承保代碼）：
 - a. 固定式局部義齒（齒橋）：
 - 僅限醫療狀況或工作導致無法使用可摘除式局部義齒時，才享有固定式局部義齒福利。
 - 牙弓內待替換的底牙為前牙，而基牙未涉及牙周，**或者**
 - 新的齒橋可利用相同的橋台和橋體取代現有已失去功能的齒橋；**或者**
 - 每個要接受牙冠的基牙均符合限制 #3。
 - b. 活動式局部義齒：
 - 模鑄金屬（D5213、D5214、D5223、D5224），牙弓內一顆或一顆以上牙齒缺失。
 - 樹脂基托（D5211、D5212、D5221、D5222），牙弓內一顆或多顆牙齒缺失，且基牙罹患廣泛性牙周病。
6. 當出現以下一項或多項病症時，即時義齒（D5130、D5140、D5221-D5224）即受承保：
 - a. 放射影像上呈現廣泛或瀰漫性蛀牙，**或者**
 - b. 指出嚴重涉及牙周問題，**或者**
 - c. 多顆牙齒缺失導致投保人的咀嚼功能減弱，對投保人的健康造成了負面影響。
7. 由於手術干預、創傷（簡單或複合骨折除外）、病理、發育或先天性畸形導致上頷和下頷及相關結構部位的解剖和功能遺失或缺失，而需要的頷面修贖服務（僅限介於 D5911-D5999 間的承保代碼）。
8. 所有頷面修贖程序（僅限介於 D5911-D5999 間的承保代碼）均須為取得事前授權的醫療上必需程序。
9. 僅限特殊醫療狀況下享有植牙服務（僅限介於 D6010-D6199 間的承保代碼）福利。例外疾病包括但不限於：
 - a. 因口腔癌而需要導致破壞牙槽骨的切除手術和（或）放射，且剩餘骨結構無法支持傳統牙科義體。
 - b. 下頷和/或上頷嚴重萎縮，無法以前庭延伸程序（D7340、D7350）或骨擴充程序（D7950）進行矯正，且投保人無法使用傳統義體發揮功能。

- c. 骨骼畸形而妨礙傳統義體的使用（例如關節彎曲、外胚層發育不良、部分缺牙和顱骨發育不良）。
10. 顱下頷關節功能障礙 (Temporomandibular joint, 「TMJ」) 程序代碼（僅限介於 D7810-D7880 間的承保代碼）僅限於不同診斷和症狀性照護，且需要取得事前授權。
11. 所列出的由合約專科醫生進行的特定程序，可能會在投保人的醫療承保中被視為初級項目。牙科福利將作相應協調。
12. 受承保程序的深度鎮靜 / 全身麻醉（D9222、D9223）或經靜脈意識清楚鎮靜 / 鎮痛（D9239、D9243），需要依據精神或身體限制或局部麻醉劑禁忌症，以文件證明其醫療必要性。

兒童投保人的福利排除條款

1. 除了州或聯邦法律所規定者外，任何未明確列於附表 A 的醫療程序。
2. 醫院、門診手術中心、長期照護設施或其他類似照護設施之入院、使用或住院的相關費用。
3. 全口或局部義齒（僅限介於 D5110-D5140、D5211-D5214、D5221-D5224 間的承保代碼）、間隙保持器（D1510-D1575）、牙冠（D2390 和僅限介於 D2710-D2791 間的承保代碼）、固定式局部義齒（齒橋）（僅限介於 D6211-D6245、D6251、D6721-D6791 間的承保代碼）或其他用具的遺失或遭竊。
4. 在終止承保資格後，因任何牙科程序而招致的牙科費用。
5. 在投保人合格加入本計劃之前，由牙科程序產生的醫療費用。例如：已為牙冠進行準備的牙齒、部份和義齒、進行中的根管治療。
6. 先天性畸形（例如先天性缺齒、上顎牙、瑛瑛質和牙本質發育不良等），除非包含在附表 A 中。
7. 牙科診室一般不提供的配藥，除非包含在附表 A 中。
8. 任何根據合約牙醫、合約專科醫師或牙科計劃顧問之專業意見進行的醫療程序：
 - a. 根據一顆或多顆牙齒和（或）牙周結構的情況，對於手術成效及使用壽命作出預後不良評估的手術，或者
 - b. 不符合公認的牙科標準。
9. 由指定合約牙醫（包括牙科專科醫生的服務）外的任何牙科機構提供的牙科服務，除非有明確授權或依本 EOC 「急救牙科服務」與「緊急牙科服務」章節之規定援用。如欲獲得書面授權，投保人應致電 Delta Dental 的客戶服務部，電話：800-471-9925。
10. 不屬於承保福利的詢診（D9310、D9311）或其他診斷服務（僅限介於 D0120-D0999 間的承保代碼）。
11. 單齒植體（僅限介於 D6000-D6199 間的承保代碼）。
12. 完全為美觀、磨損、磨耗、侵蝕、修復或改變垂直距離、先天或性發育牙齒畸形而置入的修復物（僅限介於 D2330-D2335、D2391-D2394、D2710-D2791、D6211-D6245、D6251、D6721-D6791 間的承保代碼）。
13. 預防性治療（僅限介於 D1110-D1575 間的承保代碼）、牙髓治療（僅限介於 D3110-D3999 間的承保代碼）或修復（僅限介於 D2140-D2999 間的承保代碼）程序並非為覆蓋式義齒而保留的牙齒福利。
14. 局部義齒（僅限介於 D5211-5214、D5221-D5224 間的承保代碼）替補缺失的第三白齒不在福利範圍內，除非第三白齒佔據第一或第二白齒位置，或者為局部義齒（含有模鑄卡環或支托）的橋台。

15. 用於增加垂直距離、取代或穩定磨耗造成的牙齒結構損失、牙齒重新配正（僅限介於 D8000-D8999 間的承保代碼）、牙周固定（D4322-D4323）、領力學記錄、平衡（D9952）或治療顫下頷關節（TMJ）干擾（僅限介於 D0310-D0322、D7810-D7899 間的承保代碼）的輔助器或修復，除非包含在附表 A 中。
16. 陶瓷義齒、可摘除式局部義齒精密基台（D5862）或固定式局部義齒（覆蓋物、植體，以及與之相關的用具）（D6940、D6950）以及全口和局部義齒的個人化和特性化。
17. 拔牙（D7111, D7140, D7210, D7220-D7240）、當牙齒無症狀 / 無病理性（無病理或感染的徵兆或症狀）時，包括但不限於第三白齒拔牙。
18. 涉及牙齒修復（D5110-D5224、D6211-D6245、D6251、D6721-D6791）、齒顎矯正（僅限介於 D8000-D8999 間的承保代碼）和全口或部分咬合復健的 TMJ 障礙治療方案，或完全用於治療磨牙症的 TMJ 功能障礙程序（僅限介於 D0310-D0322、D7810-D7899 間的承保代碼）。
19. 前庭成形術 / 牙槽脊延伸程序（D7340、D7350）的執行日期與同一牙弓的拔牙服務（D7111-D7250）日期相同。
20. 在與止痛、抗焦慮、吸入一氧化二氮或經靜脈意識清楚鎮靜/止痛（D9222、D9223）相同的日期，針對承保程序所進行的深度鎮靜 / 全身麻醉（D9239、D9243）。
21. 在與止痛、抗焦慮、吸入一氧化二氮或深度鎮靜/麻醉（D9222、D9223）相同的日期，針對承保程序所進行的經靜脈意識清楚鎮靜 / 止痛（D9239、D9243）。
22. 與其他承保的鎮靜程序一起提供的一氧化二氮吸入（D9230）。
23. 美容牙科護理（如為純美容原因，則排除本清單的涵蓋代碼：D2330-D2394、D2710-D2751、D2940、D6211-D6245、D6251、D6721-D6791、D8000-D8999）。

兒童投保人醫療上必需的牙科矯正

1. 牙齒矯正服務僅限於以下自動合格條件：
 - a. 齶裂畸形。若在診斷鑄模上未見齶裂，應提交獲認證專科醫生的書面文件佐證，其上載明其專業信頭及事前授權請求，
 - b. 顫面異常。應提交獲認證專科醫生的書面文件來佐證，其上需載明其專業信頭及事前授權申請，
 - c. 深度撞擊性過度咬合，其中下切牙摧毀顎的軟組織，
 - d. 個別前牙的交叉咬合，導致軟組織摧毀，
 - e. 咬合覆蓋超過 9 mm 或反向覆蓋超過 3.5 mm，
 - f. 重度創傷偏差。
2. 下列文件必須提交，載明合約牙齒矯正醫師之服務事前授權申請：
 - a. ADA 2006 或更新版的索賠申請表，附上所申請的服務代碼；
 - b. 診斷研究模型（裁切）連同咬合記錄；或等同 OrthoCad 者；
 - c. 頭影測量攝影或環口放射影像；
 - d. 由該合約牙齒矯正醫師填妥並簽署的 HLD 評分表；及
 - e. 治療計劃。
3. 綜合性牙科矯正治療（D8080）的承保範圍要求投保人提供可接受的證明文件，包括致殘唇舌偏差（Handicapping Labio-Lingual Deviation, HLD）指數加州修正分數表格最少得分 26 分及治療前的診斷性石膏模（D0470），證明具有致殘性牙齒咬合不正。綜合性牙科矯正治療（D8080）：
 - a) 僅限 13 到 18 歲的投保人，其恆齒不存在齶裂或顫頷面畸形情形；但

- b) 對出生時即齶裂或顛頷面畸形的病人可適用。
4. 可摘除式用具治療 (D8210) 或固定式用具治療 (D8220) 僅限 6 到 12 歲的投保人，一生僅限一次，治療拇指吮吸癖和/或舌頭外推的情況。
 5. 牙齒矯正前的治療檢查福利 (D8660) 包含所需的口腔/面部的照片 (D0350、D0351、D0703、D0704)。D0350、D0351、D0703 或 D0704 伴隨牙齒矯正前的治療檢查進行，投保人及計劃均無需對此付費。
 6. 承保的定期牙齒矯正治療 (D8670) 就診次數及所承保的積極牙齒矯正服務時長限於以下最高值：
 - a. 致殘性牙齒咬合不正 - 八 (8) 次季度就診；
 - b. 齶裂或顛頷面畸形 - 六 (6) 次季度就診，對乳齒進行治療；
 - c. 齶裂或顛頷面畸形 - 八 (8) 次季度就診，對混和齒列進行治療；或
 - d. 齶裂或顛頷面畸形 - 十 (10) 次季度就診，對恆齒進行治療。
 - e. 面部生長管理 - 四 (4) 次季度就診，對乳齒進行治療；
 - f. 面部生長管理 - 五 (5) 次季度就診，對混合齒列進行治療；
 - g. 面部生長管理 - 八 (8) 次季度就診，對恆齒進行治療。
 7. 牙齒矯正維護 (D8680) 是在承保綜合性牙科治療 (D8080) 完成後另行提供的福利：
 - a. 包含用具拆除以及構建和置入固位體 (D8680)；及
 - b. 除為齶裂或顛頷面畸形進行的治療外，本福利僅限未滿 19 歲的投保人，且每個牙弓限一顆牙，在每一階段恆齒維護的活性治療完成後提供。
 8. 費用分攤向經過事前授權牙齒矯正治療 (僅限介於 D8000-D8999 間的承保代碼) 展開牙科矯正帶環治療的合約牙齒矯正醫師支付。如果在牙科矯正帶環治療開始後，投保人在另一名合約牙齒矯正醫師處繼續牙齒矯正治療，投保人：
 - a. 將無權獲得任何先前支付款項的退款；及
 - b. 將需要對所有費用負責，甚至包括支付由新合約牙齒矯正醫師為完成牙齒矯正治療而要求的費用分攤全額。
 9. 如投保人的承保因任何原因被取消或終止，在取消或終止接受任何牙齒矯正治療 (僅限介於 D8000-D8999 間的承保代碼) 後，投保人將需自負全責，為取消或終止後所接受的治療進行付費，以下情況除外：

如果在終止時，投保人正在接受持續的牙齒矯正治療，Delta Dental 將繼續提供牙齒矯正福利，具體資訊如下：

 - a. 如投保人對合約牙齒矯正醫師的付費正按月支付，則持續 60 天；或
 - b. 如投保人對合約牙齒矯正醫師的付費正按季度支付，則持續到承保終止日的 60 天後，或當前季度的末尾，以兩者間較晚者為準。

在 60 天後 (或季度末)，投保人對合約牙齒矯正醫師所提交費用的付費恢復至治療初始階段的常規費率。合約牙齒矯正醫生將依據完成治療所需要的月數，將費用按比例分攤。投保人將依照與合約牙齒矯正醫生的安排進行支付。
 10. 口腔矯正，包括口腔評估和所有治療 (僅限介於 D8000-D8999 間的承保代碼) 必須由持有執照的牙醫或其監督的工作人員執行，並符合適用法律的範圍。
 11. 若因完成治療以外的其他原因而移除了固定式牙齒矯正器 (D8680)，則不屬於獲承保的福利。

附表 C

DeltaCare® USA Program 計劃項下福利的相關資訊

此一覽表旨在比較不同的承保福利，而且僅僅是一份概要。如需關於計劃福利和限制條款的詳細說明，請參閱本修訂。

(A) 自付額	無																																																
(B) 終生付費上限	無																																																
(C) 最高自付金額	承保的兒科牙科服務適用於您 CCHP EOC 中的最高自付金額。請參閱您的 CCHP EOC，了解有關您計劃最高自付金額的資訊。																																																
(D) 專業服務	<p>投保人可能需要為「保險福利與費用分攤說明」中所描述之每項程序支付費用分攤，並且適用本計劃的限制和排除條款。</p> <p>按服務種類劃分的分攤費用範圍。 例子如下：</p> <table border="0"> <tr> <td>診斷服務</td> <td>免費</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>預防服務</td> <td>免費</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>修復服務</td> <td>\$ 20.00</td> <td>-</td> <td>\$ 310.00</td> </tr> <tr> <td>牙髓治療服務</td> <td>\$ 20.00</td> <td>-</td> <td>\$ 365.00</td> </tr> <tr> <td>牙周治療服務</td> <td>\$ 10.00</td> <td>-</td> <td>\$ 350.00</td> </tr> <tr> <td>義齒修復服務， (可摘除式)</td> <td>\$ 20.00</td> <td>-</td> <td>\$350.00</td> </tr> <tr> <td>頰面修復</td> <td>\$ 35.00</td> <td>-</td> <td>\$ 350.00</td> </tr> <tr> <td>植牙服務 (僅限醫療上必需的)</td> <td>\$25.00</td> <td>-</td> <td>\$ 350.00</td> </tr> <tr> <td>義齒修復服務 (固定式)</td> <td>\$ 40.00</td> <td>-</td> <td>\$350.00</td> </tr> <tr> <td>口腔與上頰面手術</td> <td>\$ 30.00</td> <td>-</td> <td>\$ 350.00</td> </tr> <tr> <td>牙齒矯正服務 (僅限醫療上必需的)</td> <td>\$1,000.00</td> <td>-</td> <td>\$1,000.00</td> </tr> <tr> <td>輔助綜合服務</td> <td>不收費</td> <td>-</td> <td>\$210.00</td> </tr> </table> <p>注意：限制條款適用於部分服務的取得頻率。例如：6 個月期間限洗牙一次。</p>	診斷服務	免費			預防服務	免費			修復服務	\$ 20.00	-	\$ 310.00	牙髓治療服務	\$ 20.00	-	\$ 365.00	牙周治療服務	\$ 10.00	-	\$ 350.00	義齒修復服務， (可摘除式)	\$ 20.00	-	\$350.00	頰面修復	\$ 35.00	-	\$ 350.00	植牙服務 (僅限醫療上必需的)	\$25.00	-	\$ 350.00	義齒修復服務 (固定式)	\$ 40.00	-	\$350.00	口腔與上頰面手術	\$ 30.00	-	\$ 350.00	牙齒矯正服務 (僅限醫療上必需的)	\$1,000.00	-	\$1,000.00	輔助綜合服務	不收費	-	\$210.00
診斷服務	免費																																																
預防服務	免費																																																
修復服務	\$ 20.00	-	\$ 310.00																																														
牙髓治療服務	\$ 20.00	-	\$ 365.00																																														
牙周治療服務	\$ 10.00	-	\$ 350.00																																														
義齒修復服務， (可摘除式)	\$ 20.00	-	\$350.00																																														
頰面修復	\$ 35.00	-	\$ 350.00																																														
植牙服務 (僅限醫療上必需的)	\$25.00	-	\$ 350.00																																														
義齒修復服務 (固定式)	\$ 40.00	-	\$350.00																																														
口腔與上頰面手術	\$ 30.00	-	\$ 350.00																																														
牙齒矯正服務 (僅限醫療上必需的)	\$1,000.00	-	\$1,000.00																																														
輔助綜合服務	不收費	-	\$210.00																																														
(E) 門診服務	不承保																																																
(F) 住院服務	不承保																																																
(G) 緊急牙科承保範圍	醫療網絡外牙醫所提供的緊急兒科牙科服務福利僅限於必要治療，以穩定您的病情和/或緩解病情。																																																
(H) 救護車服務	不承保																																																
(I) 處方藥服務	不承保																																																
(J) 耐用醫療設備	不承保																																																
(K) 心理健康服務	不承保																																																
(L) 藥物依賴治療服務	不承保																																																
(M) 居家健康服務	不承保																																																
(N) 其他服務	不承保																																																

對於上述各類別中經本計劃承保的各個獨立程序，特定的費用分攤可參見於本修訂之《兒童福利的保險福利與費用分攤說明》。

Chinese Community Health Plan (CCHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, and sex characteristics).

Chinese Community Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities, including appropriate auxiliary aids and other services, to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, including electronic and translated documents and oral interpretation, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact CCHP Member Services.

If you believe that CCHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with us in person, by phone, by mail, or by fax at:

CCHP Member Services

445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108

1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898

Fax 1-415-397-2129

<https://cchphealthplan.com/>

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW.

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201,

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

華人保健計劃 (CCHP) 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統 (包括有限的英語水平及主要語言)、年齡、殘障或性別 (包括懷孕、性取向、性別認同及性別特徵) 而歧視任何人。

華人保健計劃 (CCHP) :

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，包括適合的輔助設備及其他服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 以其他格式提供的書面資訊 (大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式)
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，包括電子文件、翻譯文件、口譯，如：
 - 合格的翻譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡華人保健計劃 (CCHP)

如果您認為華人保健計劃 (CCHP) 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式向我們提交投訴：

CCHP Member Services

445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108

1-888-775-7888, 聽力殘障人士電話 1-877-681-8898

傳真 1-415-397-2129

<https://cchphealthplan.com/>

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生及公共服務部) 的 Office for Civil Rights (民權辦公室) 提交民權投訴。透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 · 800-537-7697 (TDD) (聾人用電信設備)

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

Chinese Community Health Plan (CCHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma materno), edad, discapacidad o sexo (incluyendo el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales).

Chinese Community Health Plan:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades, incluidas las ayudas auxiliares apropiadas y otros servicios, para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, incluidos documentos electrónicos y traducidos e interpretación oral, como:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con CCHP Member Services.

Si considera que CCHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

CCHP Member Services

445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108

1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898

Fax 1-415-397-2129

<https://cchphealthplan.com/>

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-775-7888 (телетайп: 1-877-681-8898)

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Hindi: ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) पर कॉल कर।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) まで、お電話にてご連絡ください。

Armenian: Ուշադրութեամբ խոսելու համար, եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-888-775-7888 (TTY (հեռախոս)՝ 1-877-681-8898):

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Thai: 注意: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Persian (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) تماس بگیرید.

Lao (Laotian):

ຄວາມສົນໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ເບີຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).



Important Information about Language Assistance Services

Interpreter Services

You can get an interpreter at no cost to you if you need an interpreter to communicate with your doctor or to arrange health care services. To get an interpreter, please call 1-888-775-7888 or 1-415-834-2118 or TTY 1-877-681-8898, 7 days a week, from 8:00am to 8:00pm.

Translation of Written Information to Plan Enrollees

The language most frequently spoken among the Plan's membership is Chinese. Upon your request, the Plan will translate written information that impacts your health care coverage. To request a free translation, please call 1-888-775-7888 or 1-415-834-2118 or TTY 1-877-681-8898, 7 days a week, from 8:00am to 8:00pm.

If unable to reach us, please contact the Department of Managed Health Care's Help Center at 1-888-466-2219 or TTY 1-877-688-9891. It provides telephone translation services in over 100 languages. The Help Center also provides a written translation of the Independent Medical Review and Complaint Forms in Spanish and Chinese. The Help Center is available Monday to Friday 8:00am to 6:00pm to answer questions.

IMPORTANT: Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this document written in your language. For free help, please call right away at 1-415-834-2118.

重要事項: 您是否能閱讀此文件? 如果無法閱讀, 我們將為您提供專員協助服務。我們也能將此信翻譯成您所使用的語文件。欲洽詢免費服務, 請立即致電: 1-415- 834-2118。

IMPORTANTE: ¿Puede leer este documento? Si no es así, podemos ayudarle a leerla. También es posible que usted pueda recibir este documento en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, por favor llame de inmediato al 1-415-834-2118.

語言服務的重要信息

傳譯協助

如有需要與醫生及醫療服務機構聯絡，我們可為您提供免費傳譯協助。詳情請致電 1-888-775-7888 或 1-415-834-2118，聽力殘障人士請致電 1-877-681-8898，每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時。

提供會員翻譯服務

在計劃的會員當中最頻繁講的語言是中文。在您的要求下，本計劃會翻譯您醫療保健的受保範圍資料。假如您需要這免費翻譯服務，請致電 1-888-775-7888 或 1-415-834-2118，聽力殘障人士請致電 1-877-681-8898，每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時。

如果您不能夠聯絡我們，可以致電 1-888-466-2219 或 TTY 1-877-688-9891（聽力障礙人士電話）與加州醫療護理管理部查詢。該部門提供超過一百種語言的電話翻譯服務。他們還提供西班牙文及中文的獨立覆查投訴表格。辦公時間由星期一至星期五上午 8 時至晚上 6 時，為您解答疑問。

Información importante sobre servicios de asistencia con el lenguaje

Servicios de interpretación

Usted puede conseguir un intérprete sin costo alguno si usted necesita un intérprete para comunicarse con su médico u obtener servicios de atención médica. Para conseguir un intérprete, por favor llame al 1-888-775-7888 o 1-415-834-2118 o TTY 1-877-681-8898, siete días a la semana de 8:00am a 8:00pm.

Traducción de información escrita para miembros del plan

El idioma que se habla con más frecuencia entre los miembros de CCHP es chino. Si usted así lo desea, podemos traducirle la información escrita que afecta su cobertura de atención médica. Para solicitar una traducción gratuita, por favor llame al 1-888-775-7888 o 1-415-834-2118 o TTY 1-877-681-8898, siete días a la semana de 8:00am a 8:00pm.

Si no puede comunicarse con nosotros, por favor póngase en contacto con el Departamento de Centro de Ayuda de Atención Médica Administrada llamando al 1-888-466-2219 o TTY 1-877-688-9891. Ellos proporcionan servicios de traducción telefónica en más de 100 idiomas. El Centro de Ayuda también proporciona una traducción escrita de la Revisión Médica Independiente y de los Formularios de Reclamaciones en español y en chino. El Centro de Ayuda está disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm para responder preguntas.



445 Grant Avenue, Suite 700, San Francisco, CA 94108 | Tel 1-415-955-8800 | Fax 1-415-955-8818 | www.cchphealthplan.com

DMHC Approval Date - 09/19/2022