

福利手冊

加州大學學生健康保險計劃



加州大學聖塔芭芭拉



deltadentalins.com

團體編號：20096 和 20097

生效日期：2023 年 8 月 1 日

目錄

簡介	1
定義	2
資格與投保資訊	3
提供福利的條件	5
選擇您的提供者	6
索賠上訴	7
一般條款	8

附件

附件 A 自付額、給付上限和合約福利水準

附件 B 服務、限制和排除條款

簡介

歡迎您加入加州大學學生健康保險計劃的團體牙科保險 UCSB (UC SHIP UCSB)。您的計劃資金自籌，理賠部分由 Delta Dental 管理。我們旨在向您提供最優質的牙科保健服務，並幫助您保持良好的牙科健康狀況。我們建議您不要等到出現問題才就醫，而是定期就醫。

此福利小冊為您總結了您的團體牙科項目。請仔細閱讀這些條款。本手冊的作用僅在歸納總結 Delta Dental of California (「Delta Dental」) 的團體牙科合約中的細則，並不能改變合約內容。

使用本福利手冊

本手冊是您的綜合承保範圍證明與情況披露表格 (「EOC」)，並且包含附件 A、自付額、最高費用金額和合約福利水準 (附件 A) 和附件 B、服務、限制和排除項目 (附件 B)，揭露您的承保範圍條款和條件，旨在協助您最大程度地使用您的牙科計劃。它可幫助您瞭解該計劃的運作方式及牙科保健的獲得方式。請仔細閱讀本手冊的全部內容。請謹記，「您」和「您的」指代獲得承保的個人。「我們」和「我們的」始終是指 Delta Dental。此外，請閱讀「定義」一節，其中將解釋本合約中有特殊含義或技術含義的任何字詞。

本手冊所載的福利說明受 UC SHIP UCSB (「合約持有人」) 存檔合約的所有條文約束，且不會以任何方式修改合約條款與條件，您亦不會因本手冊的任何陳述或遺漏獲得任何權利。

注意：本手冊總結了您的團體牙科計劃，並且須在承保的牙科服務進行時有效。本資訊並非就承保福利、服務或付款作出的承諾。

聯絡資訊

如需更多資訊，請訪問我們的網站 deltadentalins.com 或致電我們的客戶服務中心。客戶服務中心代表可回答您對獲得牙科保健的疑問、幫助您找到 Delta Dental 提供者、解釋福利、查詢索賠狀態及協助您提交索賠。

請在 deltadentalins.com 查看您的承保範圍並取得費用估算。如果您想要一張 ID 卡，可以在線上檢視或列印。為了節省時間和紙張，請將您的設定更新為無紙化。當新的牙科福利報告單出版時，您會收到一封電子郵件。

您亦可在平常上班時間撥打我們的自動化資訊電話專線 888-335-8227，獲取有關投保人資格及福利、團體福利或索賠狀態的資訊，或洽詢客戶服務代表取得協助。如果您比較希望來信向我們提出疑問，請將您的疑問郵寄至如下地址：

*DELTA DENTAL OF CALIFORNIA
560 Mission Street
Suite 1300
San Francisco, CA 94105*

定義

在您的承保範圍證明手冊中大寫的術語有特定的意義，其定義詳見下列章節或本手冊各章節。

常規費用 (Accepted Fee)：主治醫師對於所提供的服務同意全額收取的金額。

程序代碼 (Procedure Code)：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。

Delta Dental PPO 締約費用 (Delta Dental PPO Contracted Fee)：PPO 提供者已在合約中同意對於本合約所承保單一程序費用收取的承保服務全額款項。

Delta Dental PPOSM 提供者 (PPO Provider)：與 Delta Dental 或 Delta Dental Plans Association 之任何其他成員公司簽約的提供者，且對於依據 PPO 牙科計劃提供的承保服務同意按照 Delta Dental PPO 締約費用收取全額款項。PPO 提供者也同意遵循 Delta Dental 的管理指導準則。

Delta Dental Premier 締約費用 (Delta Dental Premier Contracted Fee)：Premier 提供者已在合約中同意對於本合約所承保單一程序費用收取的承保服務全額款項。

Delta Dental Premier® 提供者 (Premier Provider)：與 Delta Dental 或 Delta Dental Plans Association 之任何其他成員公司簽約的提供者，且對於依據計劃提供的承保服務同意按照 Delta Dental Premier 締約費用收取全額款項。Premier 提供者也同意遵循 Delta Dental 的管理指導準則。

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

福利 (Benefits)：合約條款內提供的承保牙科服務。

非 Delta Dental 提供者 (Non-Delta Dental Provider)：不屬於 PPO 提供者，也不屬於 Premier 提供者的提供者，並且未受 Delta Dental 管理指導準則合約的約束。

合格的受撫養人 (Eligible Dependent)：符合福利資格的合格的僱員的受撫養人。

合格的成員 (Eligible Member)：任何符合福利資格的成員。

合約 (Contract)：Delta Dental 與合約持有人之間的協議，包括任何附件。

合約年度 (Contract Year)：從生效日期起 12 個月，以及後續每 12 個月期間。自付額和保險支付上限金額以 12 個月時間，而不是以日曆年為基礎計算。

合約持有人 (Contractholder)：合約內署名獲得福利的僱主、公會或其他組織或團體。

合約福利水準 (Contract Benefit Level)：Delta Dental 在已滿足自付額 (如附件 A 所示) 之後將支付的最大合約補貼的百分比。

緊急牙科症狀 (Dental Emergency Condition)：特別嚴重的急性牙齒症狀 (包括劇烈疼痛) 可合理推斷如果不及時就醫會導致：1) 使被投保人的健康受到嚴重危害；2) 造成其他嚴重的牙齒或健康後果，或3) 導致嚴重的牙齒功能受損。

配偶 (Spouse)：與主要投保人有關係的人士或伴侶：

- 經合約核發及交付州之法律定義或要求視同配偶的人士；
- 經主要投保人居住所在州法律定義或要求視同配偶的人士；以及
- 合約持有人視為配偶之人士。

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

受撫養投保人 (Dependent Enrollee)：投保取得福利之合格的受撫養人。

生效日期 (Effective Date)：合約開始生效的原始日期。此日期詳見本手冊封面與附件 A。

索賠申請表 (Claim Form)：用於提交索賠申請或要求治療前估價的標準表格。

投保人 (Enrollee)：是指投保計劃來取得福利之合格成員 (「主要投保人」) 或合格的受撫養人 (「受撫養投保人」)。

投保人支付的費用 (Enrollee Pays)：處理索賠時，索賠明細單上「常規費用」金額和「Delta Dental 支付」金額之間的差額，即為投保人接受服務應負擔財務責任。

投保人的承保生效日期 (Enrollee's Effective Date of Coverage)：合約持有人向每位主要投保人和每位受撫養投保人報告承保將開始的日期。

提交的收費 (Submitted Fee)：提供者請款且輸入於特定程序之索賠申請的金額。

提供者 (Provider)：持有執照可在進行服務的地方和時間從事牙科服務的人士。提供者也應包含牙科合作者、牙科專業組織或牙科診所。

項目津貼 (Program Allowance)：Delta Dental 為承保的牙科程序報銷的最大金額。Delta Dental 通過按地理區域審查專有數據來設置每個程序的計劃津貼。項目津貼可能會因提供商的訂約狀態或合同持有人選擇的項目津貼而異。

牙科急診 (Dental Emergency)：由提供者或在適用法律允許的範圍內，在提供者的監督下由合適的持證人員進行的牙科篩查、檢查和評估，以確定是否存在緊急牙科症狀。如果該情況存在，在執行人的執照允許範圍內和設施能力範圍內提供的照顧、治療和手術，以緩解或消除緊急牙科症狀。

主要投保人 (Primary Enrollee)：投保本計劃后獲得福利的合格成員；也可稱為「投保人」。

最大金額 (Maximum)：是 Delta Dental 將為牙科照護費用支付的最大金額（「Maximum Amount」或「Maximum」）。投保人必須支付此金額以外的支出。如適用，依照合約福利附件A，Delta Dental 會支付最大金額。

最高合約補貼 (Maximum Contract Allowance)：依據投保人福利計劃由 Delta Dental 計算其支付費用和投保人財務責任所算出的給付。對於極端困境和不尋常的情況可能有所調整，服務的最高合約補貼依提供者而異：

- 若由 PPO 提供者提供，則為提供者提交的收費或 Delta Dental PPO 締約費用之中較低者。
- 若由 Premier 提供者提供，則為提供者提交的收費或 Delta Dental Premier 締約費之中較低者。
- 若由非 Delta Dental 提供者提供，則為提供者提交的收費或項目津貼之中較低者。

治療前估價 (Pre-Treatment Estimate)：假定該人士為合格的投保人，所建議服務的合約條款中合規福利的估價。

自付額 (Deductible)：投保人和/或投保人的家庭（若為家庭醫療保險）必須先為特定承保服務支付的金額，之後 Delta Dental 才會開始支付福利。

資格狀態變更 (Qualifying Status Change)：包含以下變更：

- 婚姻狀態（結婚、離婚、法律上分居、婚姻無效或死亡）；
- 受撫養人數量（孩子的出生、領養孩子、為了領養而安置孩子、新增繼子女或收養的孩子，或孩子死亡）；
- 受撫養子女不再符合資格規定；
- 居住狀態（投保人、受撫養配偶或子女搬家）；
- 要求有受撫養人承保的法院命令；或
- 依據 Internal Revenue Code Section 125 允許的任何其他當前或將來的選擇性變更。

資格與投保資訊

資格要求

受保的受撫養人

1. 以下類別的受保學生的受撫養人可以自願參保該計劃：
 - a. 配偶：受保學生的合法配偶。
 - b. 同居人：通過以下方法之一指定為受保學生的同居人的個人：
 - (i) 在加利福尼亞州註冊的伴侶關係；
 - (ii) 在實質上等同於加利福尼亞州註冊的同居人關係的另一司法管轄區中，建立了婚姻以外的同性合法結合；或
 - (iii) 向大學提交《同居人關係聲明》表格。受保學生的異性同居人只有在一個伴侶或兩人都

超過62歲，且有資格獲得基於年齡的社會保障福利時才有資格獲得保險。

- c. 子女：受保學生，配偶或同居人的：
 - i. 26歲以下的親生子女；
 - ii. 繼子女：26歲以下的繼子女在受保學生與孩子父或母的結婚當日成爲受撫養人；
 - iii. 未滿26歲的被收養兒童，包括自安置機構簽發之日起，受保學生以收養爲目的安置的孩子；
 - iv. 寄養兒童：18歲以下的寄養兒童自安置之日起就與受保學生保持親屬關係，並由安置機構提供證明。在某些情況下，可以根據《加州福利和機構法典》第11400（v）節中有關 18 至 21 歲撫養人的規定，延長領養兒童的年齡限制。
 - v. 法律要求受保學生根據行政命令或法院命令爲其提供健康保險的孩子，但前提是該孩子符合 UC SHIP 資格要求。
 - vi. 受撫養人成年子女：26 歲以上的子女，而且：（i）受保於前一個計劃，或有 6 個月或以上的可查證的承保範圍，（ii）是主要負責支持和幫助該學生、配偶或同居人的受撫養人，和（iii）由於身體或心理症狀，無法進行維持生存的工作。內科醫生必須以書面形式證明該子女由於身體或精神狀況而無法進行維持生存的工作。大學可能會要求提供這些情況的證明，以便繼續提供保險。學生必須在收到證明要求之日起60天內，須向大學提供該認證，費用自付。大學可要求學生提供繼續受撫養證明，以及身體或精神狀況仍然存在的證明。在首次認證要求後每年不超過一次。此特例將持續至子女不再主要依靠學生、配偶或同居人由於其身體或精神狀況提供的幫助和生活維持。如果子女符合聯邦所得稅標準判定的受撫養人，則被視爲需要幫助和生活維持的受撫養人。

注意：如果兩個學生的父母都被視爲有保險的學生，則其子女可以作爲其中一個的受撫養人，但不能同時作爲兩個的受撫養人。

- 2. 將他們的受撫養人納入計劃時，學生須提供受撫養人身份證明。可以接受的文件如下：
 - a. 配偶 - 結婚證書
 - b. 同居人 - 由加利福尼亞州簽發的「註冊同居人證書」，或在另一司法管轄區成立的婚姻以外的合法同性結合，或由大學頒發的完整的「同居人聲明」表格
 - c. 親生子女的孩子 - 出生證明，表明該學生是該孩子的父母
 - d. 繼子女 - 要有出生證明和結婚證明，證明出生證明上列出的父母之一已與學生結婚
 - e. 被收養或寄養的孩子 - 安置機構提供的文件表明學生、配偶或家庭伴侶具有掌管孩子衛生保健的合法權利
 - f. 同居伴侶的親生子女 - 出生證明應表明該同居伴侶是該子女的父母。
 - g. 任何受撫養人 - 非自願失去其他保險承保範圍的日期。在加入 UC SHIP 時，必須提供保險公司正式的保險終止信。
 - h. 受法院命令保護的兒童 - 法院文件的副本。
 - i. 國際受撫養人 - 必須提供護照副本。

26歲或以上服兵役的成年受撫養人不符合資格。

投保要求

在排名第一的校園中，根據 UC SHIP（加利福尼亞大學學生健康保險計劃）註冊的所有學生都有資格根據此計劃註冊並獲得福利。

符合條件的學生及受撫養人的承保範圍應自生效日期開始。受保學生

1. 以下類別的學生會自動註冊為受保學生。

- 第一類：下列加州大學分校所有本國和國際註冊學生：
 - i. 聖塔芭芭拉
- 第二類：第一類列表中列出的加利福尼亞大學分校內的所有註冊為缺席的研究生。

注意：通過提供符合大學規定的醫療計劃福利標準的承保證明，學生可以在其分校規定的豁免期內放棄 UC SHIP 的投保申請。豁免的有效期為一學年，必須在該學年的每個秋季季度或學期開始的豁免期內再次申請完成。豁免請求也可在一年內每學期（冬季或春季季度或學期）提交。學生可在所在分校的學生健康保險辦公室獲取放棄投保的相關信息。

失去資格

當您不再是合同持有機構的符合資格的成員時，或在合同終止時，您的承保範圍即告終止。當您的承保範圍結束或失去受撫養人身份時，您的配偶將失去承保範圍。當您的承保終止或失去受撫養人狀態當月最後一天時，您的受撫養人即失去承保。

福利延續

在承保終止後接受的任何服務／治療，我們將不再付費。但是，如果程序在您的承保終止日期 31 天內完成，我們將支付在您符合資格期間產生的受承保服務。

牙科服務產生的時間：

- 若為器具（或對於器具的變更），以製作印模時間為準；
- 若為牙冠、齒橋或牙模修復，以準備牙齒的時間為準；
- 若為根管治療，以打開牙髓腔的時間為準；及
- 其他所有牙科服務以進行服務的時間或提供用品的時間為準。

提供福利的條件

我們將支付附件 B 所述的牙科服務福利。我們僅支付受承保服務。合約涵蓋由提供者提供且為必要並按照廣為接受的牙科行醫標準提供時的許多類別的牙科服務。索賠應根據我們的標準處理政策處理。處理政策會在日曆年年初修訂，以符合美國牙科協會（American Dental Association）進行的 CDT 年度更改，並反映出普遍接受的牙科實踐標準的更改。Delta Dental 將事先將此類更改通知合同持有機構，然後再分發給主要投保人。

我們將使用索賠發生時的處理政策處理。我們可能請牙醫師（牙科顧問）審查治療計劃、診斷材料和/或處方的治療，以判定是否符合廣為接受的牙科行醫標準和判定治療是否有良好預後。限制和排除條款適用期間為該人士為任何 Delta Dental 計劃或合約持有人所提供先前牙科照護計劃之投保人的期間，且必須從合約持有人或在提交索賠時收到該等資訊。額外的資格期間（若有）列於附件 A。若您從加州之外的提供者獲得牙科服務，將根據 Delta Dental 網絡按本合約條款就上述的州的付款條款支付該提供者。

若主要牙科程序包括與主要程序同時進行的部分程序，對於判定依本合約應為福利支付金額之目的，該部分程序被視為屬於主要程序。即使提供者對於主要程序和其中每個部分程序分開請款，對於所有相關的收費，其總計福利應支付額將侷限於該主要程序的最大福利應支付額。

投保人共同保險

我們將為受承保服務支付最大合約補貼之一定比率，如附件 A 所示，且您需負責支付餘額。您所支付的費用稱為投保人共同保險（「Enrollee Coinsurance」），且屬於您的自付費用。即使已達到自付額（Deductible），您還需支付此費用。

您的投保人共同保險金額將取決於服務類型及提供服務的提供者（請參閱標題為「選擇您的提供者」章節）。提供者必須收取受承保服務的投保人共同保險金額。UC SHIP 已選擇規定收取投保人共同保險金作為本計劃對於提供牙科福利的合約持有人與投保人之間的費用分攤方式。若提供者提供您投保人共同保險金任何部分的折扣、減免或退費，我們將有義務僅按照扣除折扣、減免或退費後該提供者費用或津貼適用的比率提供您福利。

您選擇 PPO 提供者可享有好處，因為他們已同意對於承保服務接受最高合約補貼的全額支付，通常可減輕您的自付費用。請參閱標題為「選擇您的提供者」的章節以了解更多資訊。

自付額

您的牙科計劃有自付額。此為在福利可獲支付之前您必須自付的金額。自付額列於附件 A。自負額適用於所有福利，除非另外提及。僅有您為受承保福利支付的提供者費用將計入自付額。

最大金額

大多數牙科計劃設有最大金額限制。最大金額是指我們將為牙科照護費用支付的最大金額。您負責支付超出此金額的費用。可支付的最大金額列於附件 A。最大金額可能依照年度累計、或依照服務累計、或是終身累計。

治療前費用預估

治療前費用預估的要求並非必要；但是，您的提供者可能會在展開治療之前提交索賠申請表，表明要提供給您的服務。我們將估計對於所列服務根據合約可支付的福利金額。在您同意接受任何處方治療前，請向您的提供者要求治療前費用預估，您將可事先得知我們將支付的費用和您將必須支付的差額。治療實際進行時，福利將根據本合約條款處理。治療前費用預估有效期限為 365 天，除非其他服務在此治療前費用預估日期之後才獲得，或直到下列任一事件更早發生：

- 合約終止之日期；
- 根據合約的福利受到修訂（若治療前費用預估中的該服務屬於修訂的範圍內）之日期；
- 您的承保終止之日期；或
- 提供者與 Delta Dental 之間的協議終止之日期。

治療前費用預估不保證可以獲得相應的給付。其為我們將支付金額的預估，但前提為您所計劃的治療完成之時您已投保且符合所有計劃規定，且可能未考慮到任何自付額，所以請記得將您的自付額列入考慮（若有必要）。

福利協調

本計劃相對於任何其他保單為次要計劃，Medicare/Medicaid 除外。Medicare/Medicaid 永遠是最後付款人。

選擇您的提供者

自由選擇提供者

您可向任何提供者看診接受承保的治療，不論該提供者是 PPO 提供者、Premier 提供者或非 Delta Dental 提供者。該計劃是 PPO 計劃，選擇 PPO 提供商會帶來包括自費節省的最大好處。為了充分善用您的牙科計劃，我們強烈建議您，每次約診前向您的牙科診所確認牙醫師參與計劃的狀態。請參閱標題為「索賠如何支付」的章節，查閱付款程序的說明，以了解適用於您所選牙醫師的付款方式，以及該付款方式可能如何影響您的自付費用。

查找 PPO 服務提供者

您可透過我們的網站取得資訊，網址 deltadentalins.com。您也可撥打我們的客戶服務中心電話，一名我們的代表將協助您。我們可提供您關於提供者醫療網絡、專科和診所地點的資訊。

選擇 PPO 服務提供者

PPO 提供者有可能最大程度地減少投保人的自付費用，因為這些精選的提供者將按合同約定的費用提供牙科福利。由 PPO 提供者為您進行的受承保服務的付款根據最大合約補貼計算。

選擇 Premier 服務提供者

Premier 提供者是 Delta Dental 服務提供者，但未參加 PPO 計劃。由 Premier 提供者進行的受承保服務的付款基於最大合

約補貼計算。Premier 提供者收取的費用可能會高於 PPO 提供者所接受的金額，但不超過 Delta Dental Premier 合同規定的費用。

選擇非 Delta Dental 服務提供者

如果提供者是非 Delta Dental 提供者，則向登記者收取的金額可能會高於 PPO 或 Premier 提供者所接受的金額，並且投保人將負責結餘的帳單金額。由非 Delta Dental 醫療服務提供者提供的承保服務的付款是基於最大合同津貼，並且可以向投保人收取餘額，直至醫療服務提供者的提交費用。

PPO 和 Premier 提供者的其他義務

- PPO 提供者或 Premier 提供者必須接受利益分配，這意味著這些提供者將在滿足自付額和參保人共同保險後直接由 Delta Dental 支付。在牙科診所，參保人不必支付所有牙科費用，然後提交索償要求。
- PPO 提供者或 Premier 提供者將填寫牙科索賠表並將其提交給 Delta Dental 進行報銷。
- PPO 和 Premier 提供者接受合同規定的費用作為承保服務的全額付款，並且如果“提交的費用”與合同規定的費用之間存在差異，則不會清平帳單。

如何提交索賠要求

福利索賠必須歸檔在大多數牙科診所都可以使用的標準索賠表中。PPO 和 Premier 提供者將為您填妥和提交您的索賠表格。某些非 Delta Dental 提供者也可能應您的要求提供此服務。如果您從不提供此服務的非 Delta Dental 提供者接受服務，您可直接向我們提交您自己的索賠申請。請參閱標題為「索賠申請表通知」的章節，以了解更多資訊。

您的牙科診所應能協助您填寫此索賠申請表。請將索賠申請表完整填妥，然後寄送至：

DELTA DENTAL OF CALIFORNIA
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7339

付款準則

我們不會向 PPO 或 Premier 提供者支付任何誘因來誘使他們拒絕、減少、限制或延遲任何適當的服務。

如果您或您的提供者在收到服務之日起超過 12 個月提出服務索賠，付款則可能會被拒絕。如果服務是從非 Delta Dental 醫療服務提供者處獲得的，則您仍需承擔全部費用。如果由於您的 PPO 提供者未能按時提交索賠而拒絕付款，則您可能不承擔該筆費用。但是，如果您在收到服務時沒有告知您的 PPO 提供者您已受到 Delta Dental 政策的承保，則您可能需要承擔該服務的費用。

如果您對任何牙科費用，處理政策或付款方式有任何疑問，請與我們聯繫。

提供者關係

投保人和 Delta Dental 同意允許並鼓勵在不干擾的情況下維持提供者與投保人之間的專業關係。任何向投保人提供牙科服務的 PPO、Premier 或非 Delta Dental 服務提供者，包括與他們有聯繫或受其僱用的任何提供者或會員，都是獨立合約商，並且應獨對其進行的或未能進行的牙科諮詢和牙科服務的負責。

索賠上訴

如果索賠申請表中所提交服務的福利被全部或部分拒批，我們將通知您和您的提供者，並說明拒批原因。您可在收到拒批通知後 180 天內以書面形式向我們提出上訴或申訴，說明您認為拒批有誤的理由。您和您的提供者還可要求 Delta Dental 檢查所提供可支持上訴或申訴的其他資訊。

請將您的上訴或申訴寄給我們，地址如下：

DELTA DENTAL OF CALIFORNIA
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7339

我們將在收到上訴或申訴的 5 日內寄送書面確認給您。我們將做出充分公正的覆審，如有必要，此覆審期間我們可能要求提供更多文件。在進行覆審時將考慮所有評論、文件、記錄或其他資訊，而無論最初是否曾提交過或考慮過此類資訊。如果依據其全部或部分缺乏牙科必要性、實驗性治療或臨床判斷來應用合約條款而對索賠拒批進行覆審

時，我們將向受過適當培訓與具有適當經驗的牙醫進行諮詢。為我們進行覆審者既不是當初決定拒批索賠申請之人員，也不是該人員之下屬。我們會在收到投保人上訴或申訴後 30 天內將決定寄給投保人。

如果投保人認為他/她需要對其申訴或申訴進行進一步審核，則可以聯繫他/她的州監管機構（如果適用）。若您的團體健康計劃以僱員退休收入保障法案 (ERISA) (1974) 為準或者您對該法規定之權利有疑問或對 ERISA 賦予的權利有疑問，則您可以聯絡美國勞工部勞工福利安全委員會 (EBSA) 進一步要求覆審索賠要求。根據 ERISA 第 502(a) 條，僱員也可以提出民事訴訟。美國勞工部的地址為：U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration (EBSA), 200 Constitution Avenue, N.W. Washington, D.C. 20210。

一般條款

反歧視

Delta Dental 符合適用的聯邦公民權利法律，不存在種族、膚色、出身國、年齡、殘疾或性別歧視。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)

投訴表格提供網址：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

臨床檢查

核准索賠之前，我們將有權，在法律許可範圍內，依管理索賠申請所必要的情況，從任何主治或進行檢驗的提供者、或從提供者提供照護之處的醫院接收有關您的就診或檢驗、提供給您的治療等資訊和紀錄，或是要求您接受我們聘僱的牙科顧問檢驗，且該項檢驗開銷由我們負責，地點在您的社區或居住地之內或鄰近地區。在任何情況下，我們將對該等資訊和紀錄保密。

索賠申請表通知

我們將應要求提供您或您的提供者索賠申請表，以便為福利給付索賠。若要提出索賠申請，該表格應由進行該服務的提供者及病患（或當病患未成年時，由家長或監護人）填妥且簽名，然後提交給我們，地址如上所列。

若該表格未由我們在您或您的提供者索取後 15 天內提供，下個段落中所述的損失證明將有必要一同以書面方式提交給我們，且需要在上述的段落中為提交損失證明所訂的期限內提交，其中涵蓋提出之索賠的發生情況、性質和損失程度。您或您的提供者可從我們的網站下載索賠申請表。

索賠／損失證明書面通知

我們必須在損失發生後 12 個月內接獲書面的損失證明。如合理情況下不可能在規定期間內提交書面證明，則索賠申請將不會因此原因被減少或拒絕，前提是應盡合理可能盡快提交證明。在任何情況下，損失證明必須在該時間後一年內提供（除非索賠申請者無法律行為能力）。

所有書面損失證明都必須在合約終止的 12 個月內提供給我們。

付款時間

依本合約為任何損失應支付的索賠（但合約對於該損失提供任何分期付款者除外）將在接獲書面損失證明後 30 天內處理。我們將通知您和您的提供者任何在此 30 天期間內處理索賠所需要的額外資訊。

福利支付對象

服務不一定要由特定的牙醫師提供。由 PPO 或 Premier 提供者提供的服務付款將直接向牙醫師支付。任何本合約提供之其他付款將向您支付。所有未向提供者支付的福利將支付給您、主要投保人或受撫養投保人、或納入您的遺產、或付給依照法院命令指示的替代接收者，除非該人士未成年，或其他原因未有能力提出有效的放棄聲明，則福利可能支付給其家長、監護人或實質撫養該人士的其他人。

申請中的不實陳述：效力

在申請獲得本合約項下的承保時，如不存在詐欺行為或蓄意進行與事實不符之陳述，您或合約持有人所作的任何陳述將被視為表述而非保證。該等陳述不得用於索賠要求的抗辯，除非它被包含在書面申請中。

任何對於風險承擔有實質影響之對於事實的不實陳述、省略、隱瞞或不正確的聲明（假設我們若能得知就不會出於善意以相同承保範圍費率簽訂該合約）可能阻礙賠償。若任何不實陳述可能實質影響費率，我們保有調整承保費用以反映您投保當下實際情況的權利。

法律行動

在按本合約要求提交損失證明後 60 天結束之前，不得採取任何法律或衡平法行動恢復合約，除在本合約要求損失證明時間到期後三 (3) 年內提起行動，不得提起任何行動。

附件 A
自付額、給付上限和合約福利水準

自付額和給付上限		
	Delta Dental PPO 提供者	Delta Dental Premier 和非 Delta Dental 提供者
年度自付額	每個合約年度每個投保人\$25 每個合約年度每個投保人\$150	
對於以下項目豁免自付額	診斷及預防服務 (D & P)	
年度最高額度	每名合約年度每名投保人 \$1,200	每名合約年度每名投保人 \$700
	<p>如果投保人在合約年度內更換提供者類型，則福利最高應付金額將相應地進行調整。每年從所有提供者處獲得的所有服務的應付最高金額將不超過 PPO 提供者應支付的最高金額 \$1,200。但是，如果僅使用 Premier 和非 Delta Dental 醫療服務提供者，則最高限額將不超過 \$700。如果投保人達到了 Premier 和非 Delta Dental 醫療提供者的合約年度上限，則投保人仍然可以利用 PPO 提供者獲得最大適用餘額。</p>	

合約福利水準		
牙科服務類別	Delta Dental PPO 提供者†	Delta Dental Premier 和非 Delta Dental 提供者†
Delta Dental 將支付或另行解除對於下列服務於以下所示的合約福利水準：		
診斷和預防服務	100%	70%
基本服務	80%	50%
主要服務	50%	50%

† 根據 PPO 締約費用給付 PPO 提供者，根據 Premier 締約費用給付 Premier 提供者，根據 PPO 締約費用給付非 Delta Dental 提供者。

附件 B 服務、限制和排除條款

牙科服務說明

針對下列服務，Delta Dental 將支付或另行解除附錄 A 所示的合約福利水準：

- **診斷和預防服務**

- (1) 診斷： 用於幫助服務提供者判定必要之牙科治療的程序。
- (2) 預防： 洗牙（包括針對出現廣泛性中度或重度牙齦發炎的刮牙術，這視為診斷和預防福利，以及牙周維護，這視為付款目的的基本福利）、局部使用氟化物溶液、間隙保持器。
- (3) 舒緩治療： 舒緩疼痛的緊急治療。
- (4) 專科醫生諮詢： 由一般牙醫師提供的意見或建議。
- (5) 密封劑： 局部施用丙烯酸、塑膠或複合材料密封恆白齒中日漸增大的縫溝，用以防止齲齒。

- **基本服務**

- (1) 口腔外科： 拔牙及其他外科手術（包括術前和術後照護）。
- (2) 全身麻醉或靜脈注射鎮靜： 針對受承保的外科手術和選定的牙髓和牙周手術程序由提供者進行時。
- (3) 牙髓病治療： 對牙髓疾病和傷害的治療。
- (4) 牙周治療： 對支撐牙齒的牙齦和骨骼的治療。
- (5) 修復： 用於治療齲齒傷口（牙齒結構的堅硬部分因蛀蝕而明顯毀壞）的汞合金和樹脂複合材料修復（填充物）和預鑄牙冠。
- (6) 咬合板： 磨牙症患者的咬合板

- **主要服務**

- (1) 齒冠和嵌體／冠蓋體： 當無法使用汞合金或樹脂複合材料修復牙齒時，用於治療齲齒（硬牙結構出現的可見蛀蝕）。
- (2) 義齒修復： 建構固定牙橋、部分或全口假牙和修復固定牙橋的程序。
- (3) 義齒修復： 修補部分或全部假牙，包括更換基托程序和襯墊。

- **有關孕期額外福利的註釋**

若投保人懷孕，Delta Dental 將支付額外的服務，以幫助改善投保人孕期的口腔衛生。每合約年的額外服務，此時投保人享有合約承保，包括一 (1) 次額外的口腔檢查，以及下列服務之一：一 (1) 項額外的例行洗牙、一

(1) 項牙周刮牙術和根面平整術（每象限），或者一 (1) 項額外的牙周維護術。提出給付申請時，必須附上由投保人或其服務提供者提供的懷孕書面證明。

限制條款

(1) 比通常在認可牙科實踐標準下提供的治療形式更貴的服務被稱為「可選服務」。可選服務亦包括使用專用治療方法，代替標準程序。

可選服務範例：

- a) 填補牙冠可能修復牙齒；
- b) 嵌體、冠蓋體，代替汞合金修復；
- c) 烤瓷、樹脂或類似材質，用在置於上頰第二或第三白齒或任何下頰白齒的牙冠（將提供津貼給烤瓷熔附高貴金屬牙冠）；或
- d) 覆蓋義齒取代義齒。

如果投保人接受可選服務，將允許替代福利，這表示 Delta Dental 將以慣例服務或標準實踐的較低費用為基礎而非可選服務的較高費用。該投保人將承擔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。

(2) 檢查和洗牙的限制：

- a) Delta Dental 每合約年將支付不多於兩次的口腔檢查和洗牙（包括出現全口廣泛性中度或重度牙齦發炎時的刮牙術、出現牙齦發炎時的牙周維護，或任何合併情況）。
- b) 終生允許一次全口清創術。全口清創手術不會計入清潔的維護頻率。
- c) 請注意，牙周維護和程序代碼包含的牙周維護作為基本福利獲得承保，以及例行洗牙（包括出現全口廣泛性中度或重度牙齦發炎之刮牙術）和全口清創作為診斷和預防福利獲得承保。請參閱有關孕期額外福利的註釋。
- d) 投保人 36 個月內允許一次齲齒風險評估。

(3) X 光限制條款：

- a) 若在單一治療系列的口腔內 X 光之任何組合達到或超出完整口腔內系列可接受的費用，Delta Dental 將限制可補償總額為該服務提供者之完整口腔內部系列接受的費用。
- b) 若環口透視片隨補充透視片提交，Delta Dental 將限制可補償總額為該服務提供者之完整口腔內部系列接受的費用。
- c) 若環口透視片搭配口腔內部完整系列拍攝，Delta Dental 將環口透視片視為附加在完整系列中。
- d) 完整口腔內部系列和環口透視片各限制每 60 個月一次。
- e) 若提供給年齡不到 18 歲的投保人，咬翼片 X 光檢查每合約年僅限兩 (2) 次，對於 18 歲及以上的投保人則為每合約年一 (1) 次。全口系列後 12 個月內不允許任何類型的咬翼片，除非為特殊情況所必需。

(4) 局部使用氟化物溶液僅限每合約年內不超過兩次。

(5) 間隙保持器限制：

- a) 間隙保持器僅限初始使用，且為年齡未滿 14 歲的投保人之福利。然而，固定式單面遠心鞋形間隙保持器僅限八 (8) 歲及以下的兒童。移除單面遠心鞋形空間維持器之後，允許個別／額外的間隙保持器。
- b) 間隙保持器的重新黏合終生僅限一次。
- c) 移除固定間隙保持器視為包含於間隙保持器的費用中；但如果由不同的提供者／提供者診所進行移除，則可例外處理。

(6) 若不執行確定性的治療，牙髓活性測試允許每日一次。

(7) 口腔／顏面攝影和診斷性鑄模每 36 個月承保一次（連同牙齒矯正服務），僅限牙齒矯正服務享福利承保時。若牙齒矯正服務享有承保，請參閱限制條款，因為可能適用年齡限制。但是，3D X 光不是承保福利。

(8) 密封劑限制如下：

- a) 如果牙齒沒有齲齒（蛀牙）或咬合面沒有修復物，且直到 14 歲前可用於恆白齒。
- b) 任何牙齒在使用密封劑的 60 個月內修復或替換包含在最初置入的費用中。

(9) 專科醫生諮詢限制每 12 個月內兩次，患者篩檢和患者評估終生每提供者僅限一次，且計入口腔檢查次

數中。

- (10) 如果服務由同一個服務提供者／服務提供者診所治療後 24 個月內提供，Delta Dental 將不承保更換汞合金或樹脂複合材料修復（填充物）或預鑄牙冠修復。在 24 個月內的更換修復包括在原始修復的費用中。
- (11) 若不在服務同日執行確定性的治療，保護性修復（鎮靜劑補牙術）允許每顆牙齒每 90 天一次。
- (12) 乳牙上預製瓷或陶瓷牙冠在 24 個月內可以進行一次，而預製不銹鋼牙冠則可以在 16 歲以下的牙齒上進行。
- (13) 治療性牙髓切斷術對於乳齒每 60 月僅限一次，且對於恆齒視為舒緩治療。
- (14) 牙髓療法（可吸收填充物）每 60 個月僅限一次。牙根療法的再次治療若由相同提供者／提供者診所在 24 個月內提供，視為原始程序的一部分。
- (15) 根尖誘導成形術僅對於齒根未完全發育的恆齒或用於修復穿孔時始為福利。對於根尖誘導成形術，至 19 歲前每顆牙齒終生僅限兩(2) 次初始就診、兩(2) 次期中就診和兩(2) 次最終就診。
- (16) 根尖手術的再次治療若由相同提供者／提供者診所在 24 個月內提供，視為原始程序的一部分。
- (17) 姑息治療是每 6 個月限三(3)次就診承保，且該費用包括必要的 X 光或選擇診斷程序之外所提供的所有治療。
- (18) 牙周治療限制：
 - a) 牙周刮牙術和根面平整術之福利限於相同象限，15 歲及以上的投保人每 24 個月一次。請參閱有關孕期間額外福利的註釋。相同服務日期不承保超過兩(2) 個象限的刮牙術和根面平整術。
 - b) 相同象限內之牙周手術限於每 24 個月一次，且包含由相同提供者／提供者診所於 24 個月內提供的任何再進入手術或刮牙術和根面平整術。
 - c) 牙周服務，包括骨替代體移植、引導組織再生、移植程序及有助於柔軟與骨組織再生之生物材料，僅限於對真牙的治療，而不包括連同拔牙、根周手術、齒槽增高術或植入所一併提出者。引導組織再生和／或骨骼移植不能與相同手術部位軟組織移植的福利同時享受。
 - d) 牙周刮牙術和根面平整術後，同一象限應等待 30 天始得再進行牙周手術。
 - e) 若在相同提供者診療室進行，則牙周刮牙術和根面平整術後，應等待 30 天始得再進行洗牙（定期與牙周）及全口清創手術。
 - f) 若植入手術為承保福利，出現單一植體發炎或粘膜炎時的刮牙術與清創術（包括植體表面清潔，不含翻瓣切入與閉合）為基本服務承保範圍，且限每 24 個月一次。
- (19) 口腔外科服務終生僅承保一次，但移除囊腫和病灶及切除和引流程序除外，此為同日承保一次。
- (20) 下列口腔外科手術僅限未滿 19 歲（或牙齒矯年齡上限）：經中隔纖維切除術／嵴上纖維切除術（根據報告）。
- (21) 下列口腔外科手術僅限未滿 19 歲（或牙齒矯正年齡上限）：未萌出牙齒外露手術、置入裝置以促進阻生齒萌出和手術調整牙齒位置。
- (22) 牙冠和嵌體／冠蓋體僅限 12 歲和以上的投保人，任何 60 個月期間內承保不超過一次，除非 Delta Dental 認定既存牙冠或嵌體／冠蓋體未達滿意效果，且因該牙齒經歷牙齒結構或支持組織大幅喪失或改變而無法產生滿意的治療效果。
- (23) 強化柱心，包括所需要的任何牙釘，任何 60 個月期間承保不超過一次。
- (24) 根心柱和柱心服務在任何 60 個月期間承保不超過一次。
- (25) 牙冠修復在任何六(6) 個月期間承保不超過一次。牙冠、嵌體／冠蓋體及固定式齒橋包含安裝後 24 個月內的修補。
- (26) 任何 24 個月期間內承保不超過一次義齒修補，但固定式義齒修補除外，其在任何六(6) 個月期間承保

不超過一次。

- (27) 根據任何 Delta Dental 計劃提供的假牙將只能在經過 60 個月之後才能更換，除非 Delta Dental 判定剩餘的牙齒遭受嚴重損壞或支撐組織發生變化致現有的固定式齒橋或假牙無法滿足需求。固定式假牙用具限 16 歲和以上的投保人。根據 Delta Dental 計劃未提供更換的假牙器具，若由 Delta Dental 認定未達滿意效果且無法達成滿意效果，將可提供更換。
- (28) 若後牙固定式齒橋和可移除局部假牙在相同治療週期置於相同牙弓，將只有局部假牙為福利。
- (29) 若由相同提供者／提供者診所在最初置入六 (6) 個月內進行，牙冠、嵌體／冠蓋體或齒橋的重新膠結包含於牙冠、嵌體／冠蓋體或齒橋的費用中。六 (6) 個月之後，僅支付終生由同個提供者／提供者診所進行一 (1) 次再次膠結。
- (30) Delta Dental 限制假牙付款為標準局部或整口假牙（適用投保人共同保險）。標準假牙指的是替換缺失的自然恆齒之可移除器具，其由傳統方法可接受的材質所製作，且包含例行根心柱裝置後照護，包含置入後最初六 (6) 個月內的任何調整和襯墊。
 - a) 假牙更換基托僅限 24 個月內每牙弓一 (1) 個，包含置入後六 (6) 個月內任何襯墊和調整。
 - b) 假牙、可移除局部假牙和襯墊包含安裝後六 (6) 個月內的調整。調整或襯墊最初六 (6) 個月後，調整僅限每六 (6) 個月每牙弓一 (1) 次，襯墊僅限每六 (6) 個月每牙弓一 (1) 次。
 - c) 組織調理限於每牙弓 12 個月內兩 (2) 次。但是，在假牙、襯墊或更換基托服務同日進行的組織調理不允許作為個別福利。
 - d) 再次膠結固定局部假牙僅限每六 (6) 個月一次。
- (31) Delta Dental 將不支付植入物（人工植牙至骨骼或牙齦）、其移除或其他相關程序，但 Delta Dental 會將橋體或標準全口或局部假牙的費用計入植入物相關器具費用中，即植入物支持式牙冠或假牙。植入物器具不在承保範圍內。

除外條款

Delta Dental 的福利不涵蓋：

- (1) 治療僱員補償或僱主責任法律下涵蓋的傷害或疾病；任何聯邦、州或地方機構提供的免費服務，但如法律禁止該除外條款，則不在此列，但加州健康安全法規 (California Health and Safety Code) 第 1373(a) 條所提供者除外。
- (2) 整容手術或純粹為了美觀而接受的程序。
- (3) 頷面修復。
- (4) 臨時和／或暫時性修復（但針對 16 歲或以下兒童癒合期間用以替換拔除前恆齒的期中可移除局部假牙除外）。臨時和／或暫時性修復不是可獲另行支付的程序，其包含於完成的服務費用內。
- (5) 就先天（遺傳）或後天（出生後）畸形提供的服務，包括但不限於齶裂、上下頷骨畸形、牙釉質發育不全（未發育）、氟中毒（一種牙齒變色）和先天性無齒症（先天缺失牙齒），但為了經醫學診斷的先天缺陷或先天畸形所提供給新生兒而提供的服務不在此限。
- (6) 穩定牙齒的治療、修復磨耗、侵蝕、磨損牙齒結構的治療、或重建或維護因牙齒不整齊或咬合有問題的咀嚼表面的治療。示例包括但不限於：平衡、牙周固定、全口咬合面調整和裂耗。
- (7) 任何在本計劃服務資格生效日期前投保人接受的單一程序。
- (8) 處方藥物、藥品、止痛藥、抗生素或實驗／研究程序。
- (9) 麻醉的費用，除了提供者因進行受承保口腔手術或選定的牙齒矯正和牙周手術而採全身麻醉和靜脈注射鎮靜之外者。局部麻醉和局部／或三叉神經分支麻醉不是可獲另行支付的程序。
- (10) 外部移植植物（從口腔外部向口腔組織移植組織）。
- (11) 對於未滿 12 歲的投保人之實驗室處理的牙冠。
- (12) 對於未滿 16 歲投保人的固定式齒橋和可移除局部假牙。

- (13) 期中植入物和牙髓病學骨內植入物。
- (14) 間接備置合成樹脂嵌體／冠蓋體。
- (15) 醫院或其他外科手術及醫療設施收取的費用及服務提供者因在此等設施提供治療服務而收費的額外費用。
- (16) 服務提供者以外人士或根據法律可在服務提供者直接監督下工作的人士實施的治療。
- (17) 因口腔衛生指導、齒菌斑控制計劃、預防控制計劃（包括居家時期）、飲食指導、重複的 X 光檢查、癌症篩檢、戒菸諮詢。
- (18) 牙科治療行政服務包括但不限於索賠的準備、任何牙科的非治療階段，例如佈建無菌環境、設備滅菌或感染控制，或例行提供治療期間使用的任何附屬材料，例如棉花棒、紗布、圍兜、口罩或放鬆法（例如音樂）。
- (19) 根據牙科諮詢顧問對所提交證明文件的專家覆審，對預後尚存疑問的程序。
- (20) 由政府、州或其他實體，就任何本合約所提供福利支付之任何費用而徵收（或產生）的任何稅賦，將為該投保人的責任，而非承保福利的責任。
- (21) 自付額、超出計劃最高額的費用和／或任何不受本牙科計劃承保的服務。
- (22) 受本牙科計劃承保但超出福利限制的服務，或在處理該索賠時實際上不符合處理政策的服務。
- (23) 牙科矯正治療服務（治療牙齒和／或顎咬合不正），但根據牙齒矯正服務條款（如適用）提供者除外。
- (24) 治療顫頷（顎）關節 (TMJ) 或相連肌肉、神經和其他組織失調之服務，但根據 TMJ 福利條款（如適用）提供者除外。
- (25) 失約和／或取消預約。
- (26) 為了安排和確保遵從患者約診而採取的行動屬於診所業務範圍，不是可獲另行支付的服務。
- (27) 照護協調之費用視為屬於整體患者管理範圍，不是可獲另行支付的服務。
- (28) 用於改善口腔衛生認知程度的牙科個案管理動機訪談和患者教育。
- (29) 可用於定量、監測和記錄琺瑯質、牙本質和齒莖質的非離子化診斷性程序。
- (30) 口腔外 - 2D 投射放射影像和口腔外後齒放射影像。