

# TWU Local 100 Premier Dental প্ল্যান



অংশগ্রহণকারী ডেন্টিস্টদের সবচেয়ে আপ-টু-ডেট তালিকার জন্য, [my.emblemhealth.com](http://my.emblemhealth.com) এ আপনার সদস্য পোর্টালে সাইন ইন করুন এবং “Find Care” (পরিচর্যা খুঁজুন) নির্বাচন করুন। আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, আপনার ID কার্ডে থাকা কাস্টমার সার্ভিস নম্বরে কল করুন এবং আমাদের জানান।

## TWU Local 100 Premier Dental প্ল্যান

এই ডেন্টাল প্ল্যান আপনাকে নিউ ইয়র্ক এবং নিউ জার্সির 13,500\* এর বেশি নেটওয়ার্ক ডেন্টিস্ট এবং বিশেষজ্ঞদের অ্যাক্সেস সহ মানসম্পন্ন কভারেজ দেয়। আপনি আপনার প্লানে কভার থাকা পরিষেবাগুলির জন্য একজন ডেন্টিস্ট বা বিশেষজ্ঞকে বেছে নিতে পারেন। আপনাকে একজন নির্দিষ্ট প্রাথমিক পরিচর্যা ডেন্টিস্টকে বেছে নিতে হবে না। নেটওয়ার্কের বাইরের পরিষেবা প্রদানকারীদের থেকে প্রাপ্ত কভার থাকা পরিষেবাগুলির সুবিধা উপলব্ধ রয়েছে, তবে সাধারণত নেটওয়ার্কের বাইরের পরিষেবার জন্য আপনাকে বেশি খরচ করতে হয়।

**নির্ভরশীল ব্যক্তিদের কভারেজ:** এই ডেন্টাল প্লানের মাধ্যমে, আপনি আপনার সন্তানদের 26 বছর বয়স পূর্তির মাসটি শেষ না হওয়া পর্যন্ত কভার করতে পারবেন। সন্তানরা 26 বছর বয়স পূর্তির মাস শেষ হওয়ার আগে চিকিৎসা শুরু করলে অর্থোডন্টিক পরিষেবার জন্য তাদের কভার করা যেতে পারে।

**বেনিফিটের পূর্বনির্ধারণ:** আপনি চিকিৎসা শুরু করার আগে EmblemHealth আপনাকে জানাতে পারে যে, কোন ডেন্টাল পরিষেবা এবং উপকরণগুলির জন্য অর্থ প্রদান করা হবে। আপনি মুখের অস্ত্রোপচার, প্রস্টেটিকস বা যন্ত্রপাতি পাওয়ার আগে আপনার ডেন্টিস্টকে EmblemHealth-এ একটি ট্রিটমেন্ট প্ল্যান পাঠাতে বলতে পারেন। EmblemHealth ট্রিটমেন্ট প্ল্যান পর্যালোচনা করবে এবং আপনাকে এবং আপনার ডেন্টিস্টকে কী কভার করা হয়েছে তার একটি হিসাব দেবে।

**অনুগ্রহ করে খেয়াল করুন:** বেনিফিটের পূর্বনির্ধারণের প্রয়োজন নেই, তবে দৃঢ়ভাবে এটি করার প্রস্তাব দেওয়া হয়।

**নিচে কিছু পরিষেবার উদাহরণ দেওয়া হল যা কভার করা হয় না:**

- কসমেটিক সার্জারি এবং চিকিৎসা যদি না এটি ট্রমা, সংক্রমণ, বা সম্পূর্ণ অঙ্গটির রোগের কারণে পুনর্গঠনমূলক সার্জারি হয়।
- প্রেসক্রিপশনের ওষুধ এবং ওষুধ।
- টেম্পোরোম্যান্ডিবুলার জয়েন্টের (TMJ) অকার্যকারিতার চিকিৎসার জন্য পরিষেবা এবং যন্ত্রপাতি।
- প্রতিস্থাপন।

**বার্ষিক সর্বোচ্চ পরিমাণ:** \$2,000 ব্যক্তি / \$4,000 পরিবার। এটি হল সর্বোচ্চ ডলারের পরিমাণ যা আপনার ডেন্টাল প্ল্যান আপনার প্ল্যান বর্ষ চলাকালীন প্রদান করবে। বার্ষিক সর্বোচ্চ পরিমাণের থেকে বেশি সমস্ত খরচের অর্থপ্রদানের দায়িত্ব আপনার। ইমপ্লান্ট পরিষেবা এবং অর্থোডন্টিয়া পরিষেবাগুলি এই বার্ষিক সর্বাধিক সীমার অন্তর্ভুক্ত নয়।

**আজীবনের জন্য অর্থোডন্টিকের সর্বোচ্চ পরিমাণ:** \$4,000 নেটওয়ার্কের মধ্যে; \$2,000 নেটওয়ার্কের বাইরের। এটি হল সর্বোচ্চ ডলারের পরিমাণ যা আপনার ডেন্টাল প্ল্যান অর্থোডন্টিক পরিষেবার জন্য প্রতি ব্যক্তি পিছু আজীবনের জন্য প্রদান করবে। আজীবনের জন্য প্রদান করা সর্বোচ্চ পরিমাণের বেশি সব খরচের অর্থপ্রদানের দায়িত্ব আপনার। অর্থোডন্টিয়া সুবিধাগুলি শুধুমাত্র 26 বছরের কম বয়সী কভার থাকা ছেলেমেয়েদের জন্য উপলব্ধ।

**ইমপ্লান্ট:** EmblemHealth পর্যায়ক্রমে প্রত্যেক 12-মাসের সময়কালে প্রতি ব্যক্তির জীবনে একটি দাঁতের জন্য ইমপ্লান্ট পরিষেবার কভারেজ প্রদান করে। ইমপ্লান্ট কভারেজ এবং ইমপ্লান্ট প্রক্রিয়া চলাকালীন অংশগ্রহণকারী পরিষেবা প্রদানকারী এর সাথে সরাসরি সম্পর্কিত যে পরিষেবাগুলি (যেমন অ্যাভাটমেন্ট, ক্রাউন, বোন গ্রাফ্ট, ইত্যাদি...) সম্পন্ন করে সেগুলি প্লানের বার্ষিক সর্বোচ্চ ডলারের অধীন নয়। নেটওয়ার্কের বাইরের পরিষেবাগুলির জন্য, সদস্যদের ননপার রিইন্সার্সমেন্ট সময়সূচী অনুসারে খরচ পরিশোধ করা হবে এবং কিছু অবশিষ্ট থাকলে তার বিল পরিষেবা প্রদানকারীর থেকে নেওয়া হবে। নেটওয়ার্কের বাইরের ইমপ্লান্ট পরিষেবাগুলির জন্য পর্যায়ক্রমে প্রত্যেক 12-মাসের সময়কালে সর্বাধিক \$1,000 প্রযোজ্য।

বেনিফিট	নেটওয়ার্কভুক্ত	নেটওয়ার্কের বাইরে
<b>টাইপ A - প্রতিরোধমূলক এবং রোগনির্ণায়ক পরিষেবা</b>		
<b>বেস কভারেজ লেভেল</b>	আপনি যখন একজন পছন্দের প্রিমিয়ার ডেন্টিস্ট বা বিশেষজ্ঞকে দেখান তখন EmblemHealth কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য পছন্দের প্রিমিয়ার ভাতা সূচির 100% অর্থপ্রদান করবে।	EmblemHealth কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য স্পেকট্রাম ফি সূচির 100% অর্থপ্রদান করবে। এটি হল সেই ডলারের পরিমাণ যা কভার করা পরিষেবার জন্য প্রদান করতে আপনার প্ল্যান সম্মত হয়েছে। ডেন্টিস্টের চার্জ এবং EmblemHealth-এর অর্থপ্রদানের মধ্যে যে ফারাক থাকে সেই অর্থটি প্রদানের জন্য আপনি দায়িত্বশীল থাকেন।
<b>পরীক্ষা</b> - প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে প্লানের অন্তর্ভুক্ত প্রতিটি ব্যক্তির 2টি পর্যায়ক্রমিক পরীক্ষা। প্রতি জীবনকালে প্রতি ডেন্টিস্ট পিছু 1টি ব্যাপক পরীক্ষা।		
<b>প্রোফিল্যাক্সিস (পরিষ্কার করা)</b> - প্রোফিল্যাক্সিস হল দাঁতের স্কেলিং, পরিষ্কার করা এবং পালিশ করা। প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে প্লানে প্রতি ব্যক্তি পিছু 2টি।		
<b>এক্স-রে</b> - প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে প্লানের অন্তর্ভুক্ত প্রতি ব্যক্তি পিছু 4টি বাইটউইং এক্স-রে। <ul style="list-style-type: none"><li>• প্রতি 3 বছরে একবার প্লানের অন্তর্ভুক্ত প্রতি ব্যক্তি পিছু 1টি সম্পূর্ণ মুখের এক্স-রের সিরিজ বা 1টি প্যানোরামিক ফিল্ম।</li></ul> যদি বেনিফিটের সীমা অতিক্রান্ত হয় এবং দাঁতের রোগ বা ক্ষত নির্ণয়ের জন্য একটি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় অস্ত্রোপচার-পূর্ব ফিল্ম প্রয়োজন হয়: <ul style="list-style-type: none"><li>• প্রতি 3 বছরে 1টি অতিরিক্ত প্যানোরামিক ফিল্ম যদি একজন ওরাল সার্জন দ্বারা সম্পাদিত হয়।</li><li>• পশ্চাৎভাগের দাঁতের জন্য 1টি অতিরিক্ত বাইটউইং ফিল্ম, অথবা প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে 1টি অতিরিক্ত পেরিএপিক্যাল, যদি তা একজন বিশেষজ্ঞ দ্বারা সম্পাদিত হয়।</li></ul> মূল এবং সম্পূর্ণ বেনিফিটের চেয়ে বেশি সমস্ত অতিরিক্ত ফিল্মের জন্য আপনি অর্থ প্রদানের জন্য দায়ী থাকবেন।	<b>কভার করা হয়</b> আপনাকে এই কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।	<b>আপনার বিলের কিছু অংশের জন্য আপনাকে অর্থপ্রদান করতে হতে পারে। বিস্তারিত জানার জন্য উপরে দেখুন।</b>

**দ্রষ্টব্য:** এটি বেনিফিটের একটি সম্পূর্ণ তুলনা নয় বা একটি চুক্তি নয় এবং এই EmblemHealth বেনিফিট প্রোগ্রামটি বুঝতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য শুধুমাত্র একটি সংক্ষিপ্ত সারাংশ হিসাবে এটিকে দেখা উচিত।

সীমাবদ্ধতা এবং বর্জন সহ বেনিফিটের একটি বিশদ বিবরণ বিমার সার্টিফিকেটের মধ্যে রয়েছে। বিমার সার্টিফিকেটে দেখানো নিয়ম, শর্তাবলী, সীমা এবং বর্জনগুলি পরিচালনা করবে।

\* সেপ্টেম্বর 2024 অনুযায়ী

বেনিফিট	নেটওয়ার্কভুক্ত	নেটওয়ার্কের বাইরে
<b>টাইপ A - প্রতিরোধমূলক এবং রোগনির্ণায়ক পরিষেবা (চলছে)</b>		
<p><b>ফ্লোরাইড চিকিৎসা</b> - প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে প্ল্যানের অন্তর্ভুক্ত প্রতি ব্যক্তি পিছু 1টি। সন্তানদের জন্য, এই বেনিফিট তাদের 26 বছর বয়স পূর্তির মাসটি শেষ না হওয়া পর্যন্ত প্রযোজ্য হয়।</p> <p><b>স্পেস মেইন্টেনার</b> - প্ল্যানের অন্তর্ভুক্ত প্রতি সন্তান পিছু প্রতি জীবনকালে 1টি। সন্তানের 26 বছর বয়স পূর্তির মাসটি শেষ না হওয়া পর্যন্ত কভারেজ দেওয়া হয়।</p> <p><b>অ্যাথলেটিক এবং অক্লুসাল মাউথ গার্ড</b> - কভার করা সন্তানের 26 বছর বয়স পূর্তির মাসটি শেষ না হওয়া পর্যন্ত প্রতি জীবনকালে একটি (1) মাউথ গার্ড।</p> <p>সদস্য এবং যোগ্য নির্ভরশীল ব্যক্তি(দের) জন্য অক্লুসাল গার্ড কভার করা হতে পারে যার জন্য প্রাক-অনুমোদন প্রয়োজন।</p> <p><b>সিল্যান্ট</b> - কভার করা সন্তানের 6 বছর বয়স থেকে 14 বছরের জন্মদিন না আসা পর্যন্ত প্রতি তিন (3) ক্যালেন্ডার বছরে প্রতিটি কভার করা দাঁত পিছু একটি (1) সিল্যান্ট।</p>	<p><b>কভার করা হয়</b></p> <p>আপনাকে এই কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।</p>	<p>আপনাকে আপনার বিলের কিছু অংশের অর্থপ্রদান করতে হতে পারে। বিস্তারিত জানার জন্য উপরে দেখুন।</p>
<b>টাইপ B - প্রাথমিক পরিষেবা</b>		
<p><b>বেস কভারেজ লেভেল</b></p>	<p>আপনি যখন একজন পছন্দের প্রিমিয়ার ডেন্টিস্ট বা বিশেষজ্ঞকে দেখান তখন EmblemHealth কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য পছন্দের প্রিমিয়ার ভাতা সূচির 100% অর্থপ্রদান করবে।</p>	<p>EmblemHealth কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য স্পেকট্রাম ফি সূচির 100% অর্থপ্রদান করবে। এটি হল সেই ডলারের পরিমাণ যা কভার করা পরিষেবার জন্য প্রদান করতে আপনার প্ল্যান সম্মত হয়েছে। ডেন্টিস্টের চার্জ এবং EmblemHealth-এর অর্থপ্রদানের মধ্যে যে ফারাক থাকে সেই অর্থটি প্রদানের জন্য আপনি দায়িত্বশীল থাকেন।</p>
<p><b>সরল দাঁত তোলা</b></p> <p><b>প্রাথমিক পুনরুদ্ধার (ফিলিংস)</b></p> <p><b>এন্ডোডন্টিক্স (রুট ক্যানাল থেরাপি)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>প্রতিটি জীবনকালে প্রতি দাঁত পিছু একবার পালপোটমি কভার করা হয়। রুট ক্যানালের অংশ হিসেবে পাল্প ক্যাপিং কভার করা হয়।</li> </ul> <p><b>পেরিওডন্টিক্স (মাড়ি এবং চোয়ালের রোগের চিকিৎসা)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে প্ল্যানের অন্তর্ভুক্ত প্রতি ব্যক্তি পিছু 5টি পেরিওডন্টাল চিকিৎসা যার মধ্যে আছে তিনটি (3) পেরিওডন্টাল রক্ষণাবেক্ষণ পদ্ধতি, সাথে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে একটি অতিরিক্ত চিকিৎসা।</li> <li>প্রতি কোয়ার্টারে 1 ধরনের পেরিওডন্টাল সার্জারি এবং/অথবা 1টি গ্রাফ্ট।</li> </ul> <p><b>মুখের সার্জারি (অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে একটি গজানো দাঁত তুলে দেওয়া)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>আপনার প্ল্যান সার্জারির জন্য নেওয়া এক্স-রে, স্থানীয় অ্যানেস্থেসিয়া, এবং অস্ত্রোপচার-পরবর্তী পরিচর্যার জন্য অর্থপ্রদান করবে।</li> <li>আপনার প্ল্যান ভাঙা চোয়াল, স্বাভাবিকভাবে দাঁত ওঠার জন্য পর্যাপ্ত জায়গায় অভাব, মুখের ভিতরে এবং চারপাশে ক্ষত এবং পুনরায় প্রতিস্থাপনের সার্জারির জন্য অর্থপ্রদান করবে।</li> <li>কিছু ধরনের মুখের সার্জারি আপনার মেডিক্যাল প্ল্যান দ্বারা কভার করা হতে পারে, এই ডেন্টাল প্ল্যান দ্বারা নয়।</li> </ul> <p><b>অ্যানেস্থেসিয়া এবং IV সেডেশন</b> - আপনার প্ল্যান কভার করা পরিষেবার জন্য সাধারণ অ্যানেস্থেসিয়া এবং IV সেডেশনের জন্য অর্থপ্রদান করবে। স্থানীয় অ্যানেস্থেসিয়ার জন্য চার্জগুলি ডেন্টাল পদ্ধতির জন্য ভাতার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত করা হয়। স্থানীয় অ্যানেস্থেসিয়ার জন্য আলাদা কোনো ভাতা নেই। অ্যানালজেসিয়া এবং মনিটরিং ডিভাইসের জন্য আপনার প্ল্যান অর্থপ্রদান করবে না।</p> <p><b>উপশমমূলক পরিষেবা (ব্যথা উপশম)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>কভার করা আপৎকালীন পরিষেবা</li> </ul>	<p><b>কভার করা হয়</b></p> <p>আপনাকে এই কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।</p>	<p>আপনার বিলের কিছু অংশের অর্থপ্রদান আপনাকে করতে হতে পারে। বিস্তারিত জানার জন্য উপরে দেখুন।</p>

বেনিফিট	নেটওয়ার্কভুক্ত	নেটওয়ার্কের বাইরে
<b>টাইপ B - প্রাথমিক পরিষেবা (চলছে)</b>		
<b>যন্ত্রপাতি মেরামত</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ভাঙা দাঁত বা ক্ল্যাম্প প্রতিস্থাপন, ইনলে, ক্রাউন, ব্রিজ এবং স্পেস মেইন্টেনার পুনরায় সিমেন্ট দিয়ে লাগানো। ভাঙা ফেসিং বদলে দেওয়া।</li> </ul>	<b>কভার করা হয়</b> আপনাকে এই কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।	<b>আপনার বিলের কিছু অংশের অর্থপ্রদান আপনাকে করতে হতে পারে। বিস্তারিত জানার জন্য উপরে দেখুন।</b>
<b>টেস্ট এবং ল্যাবরেটরি পরীক্ষা</b> - মুখগহ্বরের কোষকলার বায়োপসি এবং পরীক্ষা।		
<b>টাইপ C - প্রধান পরিষেবা</b>		
<b>বেস কভারেজ লেভেল</b>	<b>আপনি যখন একজন পছন্দের প্রিমিয়ার ডেন্টিস্ট বা বিশেষজ্ঞকে দেখান তখন EmblemHealth কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য পছন্দের প্রিমিয়ার ভাতা সূচির 100% অর্থপ্রদান করবে।</b>	<b>EmblemHealth কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য স্পেকট্রাম ফি সূচির 100% অর্থপ্রদান করবে। এটি হল সেই ডলারের পরিমাণ যা কভার করা পরিষেবার জন্য প্রদান করতে আপনার প্ল্যান সম্মত হয়েছে। ডেন্টিস্টের চার্জ এবং EmblemHealth-এর অর্থপ্রদানের মধ্যে যে ফারাক থাকে সেই অর্থটি প্রদানের জন্য আপনি দায়িত্বশীল থাকেন।</b>
<b>ইমপ্লান্ট</b> - প্রাথমিক চিকিৎসার তারিখ থেকে শুরু করে টানা বারো (12) মাসে একটি (1) সার্জিক্যাল ইমপ্লান্ট এবং সংশ্লিষ্ট পরিষেবা। একটি (1) দাঁতের জন্য আজীবনে একটি (1) সার্জিক্যাল ইমপ্লান্ট। <b>স্ট্রির এবং অপসারণযোগ্য প্রস্টেটিক্স</b> - অস্থায়ী এবং স্থায়ী উভয় নকল দাঁত, অপসারণযোগ্য এবং স্থায়ী আংশিক নকল দাঁত, সম্পূর্ণ বা আংশিক, মেরামত। <b>প্রধান পুনরুদ্ধার</b> - যার মধ্যে আছে ক্রাউন, সংশ্লিষ্ট পরবর্তী এবং মূল পদ্ধতি, এবং ইনলে। <ul style="list-style-type: none"> <li>আপনার প্ল্যানটি যন্ত্রপাতি বসানোর পর থেকে 5 বছর অতিক্রান্ত হওয়ার পরেই যন্ত্রপাতি বদল বা প্রতিস্থাপনের জন্য অর্থপ্রদান করবে।</li> <li>যদি ফিলিংস দিয়ে দাঁত পুনরুদ্ধার করা না যায় শুধুমাত্র সেক্ষেত্রেই আপনার প্ল্যান সংযুক্ত করা বা আটকে দেওয়ার উদ্দেশ্যে ক্রাউন বা পন্টিক্সের জন্য অর্থপ্রদান করবে।</li> <li>একটি স্ট্রির ব্রিজ এবং আংশিক নকল দাঁত একই আর্চে ঢোকানো হলে আপনার প্ল্যান শুধুমাত্র আংশিক নকল দাঁতের জন্য অর্থপ্রদান করবে যদি না পূর্বে স্ট্রির ব্রিজ বা আংশিক ডেনচার লাগানোর পরে 5 বছর অতিক্রান্ত হয়ে থাকে।</li> <li>অস্থায়ী পরিষেবা বা যন্ত্রপাতির জন্য আলাদা কোনো ভাতা নেই।</li> <li>দাঁতে রুট ক্যানালের প্রমাণ থাকলে শুধুমাত্র সেক্ষেত্রেই আপনার প্ল্যান পরবর্তীগুলির জন্য অর্থপ্রদান করবে।</li> <li>ক্রাউন/ইনলে সিমেন্ট দিয়ে লাগানোর জন্য চার্জ ক্রাউন/ইনলে ভাতার অন্তর্ভুক্ত থাকে।</li> </ul>	<b>কভার করা হয়</b> আপনাকে এই কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।	<b>আপনার বিলের কিছু অংশের অর্থপ্রদান আপনাকে করতে হতে পারে। বিস্তারিত জানার জন্য উপরে দেখুন।</b>
<b>টাইপ D - অর্থোডন্টিক্স</b>		
<b>অর্থোডন্টিক বেস কভারেজ লেভেল</b> চব্বিশ (24) মাস পর্যন্ত কভার করা চিকিৎসা পর্যন্ত, আজীবন সর্বোচ্চ বেনিফিট ভাতা পর্যন্ত একটি (1) উপরের এবং একটি (1) নীচের রিটেইনার পোস্ট-অর্থোডন্টিক চিকিৎসা।	<b>কভার করা হয়</b> আপনাকে এই কভার করা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে না।	<b>কভার করা পরিষেবার জন্য \$2,000 আজীবন সর্বোচ্চ বেনিফিট পর্যন্ত কভার করা হয়।</b> ডেন্টিস্টের চার্জ এবং EmblemHealth-এর অর্থপ্রদানের মধ্যে যে ফারাক থাকে সেই অর্থটি প্রদানের জন্য আপনি দায়িত্বশীল থাকেন।

EmblemHealth Plan, Inc. দ্বারা আন্ডাররাইট করা, পলিসি ফর্ম EHP-PLD-1103 এবং অন্যগুলি দেখুন।

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, LLC, এবং Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) হল EmblemHealth-এর কোম্পানি। EmblemHealth এর কোম্পানিগুলিকে EmblemHealth Services Company, LLC প্রশাসনিক পরিষেবা প্রদান করে।