

# 牙科福利摘要

所有計劃皆由 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest  
提供和承保。500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

會員服務：1-800-813-2000

奧勒岡州 R446

2021 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日

Carewell SEIU503

團體編號：19581-005

|  | 網絡內福利<br>(補償基於許可收費上限<br>(Maximum Allowable<br>Charge, MAC) ) * | 網絡外福利<br>(補償基於一般和慣常的收<br>費 (Usual and Customary<br>Charge, UCC) ) * |
|--|--|---|
| 每個日曆年度的福利上限 (受限於任一福利上限的承保服務同時計入兩個福利上限) | \$2,500  | \$2,500   |
| <b>您需支付</b>                            |  |   |
| <b>免賠額</b> (每個日曆年度；除非另有說明，否則適用於所有服務)   |  |   |
| 一名會員                                   |  | \$0   |
| 整個家庭                                   |  | \$0   |
| <b>預防和診斷服務</b> (不受免賠額或福利上限限制，也不計入其中)   |  |   |
| 口腔檢查                                   | \$0  | \$0   |
| X 光檢查                                  | \$0  | \$0   |
| 洗牙                                     | \$0  | \$0   |
| 塗氟                                     | \$0  | \$0   |
| <b>未成年人修復服務</b>                        |  |   |
| 常規填料                                   | \$0  | \$0   |
| 塑膠及鋼製牙冠                                | \$0  | \$0   |
| 簡單拔牙                                   | \$0  | \$0   |
| <b>口腔外科手術服務</b>                        |  |   |
| 手術拔牙                                   | 10%共保額   | 10%共保額  |
| <b>牙周病</b>                             |  |   |
| 牙齦疾病治療                                 | \$0  | \$0   |
| 牙結石刮除和牙根整平術                            | \$0  | \$0   |
| <b>牙髓病</b>                             |  |   |
| 根管治療                                   | 10%共保額   | 10%共保額  |
| <b>主要修復服務</b>                          |  |   |
| 黃金或烤瓷牙冠                                | 30%共保額   | 30%共保額  |
| 牙橋                                     | 30%共保額   | 30%共保額  |

SSOB ORLGPPDental0121

| <b>可拆卸假體服務</b>                   |                               |        |
|----------------------------------|-------------------------------|--------|
| 全口和局部假牙                          | 30%共保額                        | 30%共保額 |
| 換襯墊                              | 30%共保額                        | 30%共保額 |
| 換基底                              | 30%共保額                        | 30%共保額 |
| <b>氧化亞氮（不受免賠額或福利上限限制，也不計入其中）</b> |                               |        |
| 成人與 13 歲及 13 歲以上的兒童              | \$25                          | \$25   |
| 12 歲及 12 歲以下的兒童                  | \$0                           | \$0    |
| <b>牙齒矯正</b>                      | 非承保之福利                        | 非承保之福利 |
| <b>植牙</b>                        | 30%共保額，最高達福利上限，在此之後收取 100%費用。 |        |

\*「UCC」指一般和慣常的收費。「MAC」指許可收費上限。請參閱《承保範圍說明書》(EOC) 以瞭解更多詳情。

計劃受除外項目和限制所約束。《承保範圍說明書》(EOC) 中收錄有完整的除外項目和限制列表。可應要求提供 EOC 樣本。

**有疑問嗎？請致電會員服務部**（服務時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00）或造訪 **kp.org**（英文）波特蘭地區請撥打：503-813-2000

其他地區請撥：1-800-813-2000 或 TTY 聽障及語障電話專線 711 如需要語言口譯服務，所有地區可撥打 1-800-324-8010

本摘要並非合約。此福利摘要並未完全描述您透過 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 獲得的福利承保。有關福利承保、索賠審查以及裁決程序的更多詳細資料，請參閱 EOC 或致電會員服務部。如果本概要與 EOC 有不一致之處，則以 EOC 為準。