

# 의료 혜택 요약서

모든 플랜은 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest에서 제공하고 보증합니다. 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

**OR Carewell Traditional**

**2026년 1월 1일~2026년 12월 31일**

**OR Carewell SEIU 503**

**그룹 번호: 19581-001**

## 2026년 최대 혜택 금액

연간 본인에게만 적용되는 공제금(1인 가구)	\$2,500
	<b>가입자 지불금</b>
<b>치과 방문 진료비</b> -진료당, 아래 표시된 특정 서비스에 대한 비용 부담액 포함	방문 진료당 \$0
<b>공제금</b> (2026년 기준, 별도로 명시되지 않는 한 모든 서비스에 적용)	
연간 가입자 1인당/연간 전체 가족당	\$0/\$0
<b>예방 및 진단 서비스</b> (공제금 또는 최대 혜택 금액에 포함되지 않거나 산정되지 않음)	
구강 검진	\$0
엑스레이	\$0
스케일링	\$0
불소	\$0
<b>경미한 치아 복원 서비스</b>	
일상적인 충전	\$0
플라스틱 및 스틸 크라운	\$0
단순 발치	\$0
<b>구강 수술 서비스</b>	
외과적 발치	공동 보험금 10%
<b>치주 치료 서비스</b>	
잇몸 질환 치료	\$0
스케일링 및 루트 플레이닝	사분면당 \$0
<b>근관 치료 서비스</b>	
치근관 치료	공동 보험금 10%
<b>대규모 치아 복원 서비스</b>	
금 또는 도재 크라운	공동 보험금 30%
브리지	공동 보험금 30%
<b>가철성 보철 서비스</b>	
상악 및 하악 전체 틀니	공동 보험금 30%
부분 틀니	공동 보험금 30%
의치 보강	공동 보험금 30%
리베이스	공동 보험금 30%
<b>아산화질소</b> (공제금 또는 최대 혜택 금액에 포함되지 않거나 산정되지 않음)	
모든 연령대에 적합한 아산화질소	\$25
<b>원격 치과 진료</b>	
전화 및 영상 진료	\$0
<b>치열 교정술</b>	
	보장되지 않음
<b>임플란트</b>	최대 혜택 금액까지는 30% 본인 부담금, 그 이후부터는 100% 본인 부담금.

플랜에는 제외 및 예외 조항이 적용됩니다. 제외 및 예외 조항의 전체 목록은 보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC)에 수록되어 있습니다. EOC 샘플은 요청 시 제공되며, [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments)를 방문하실 수도 있습니다.

---

**질문이 있으십니까? 가입자 서비스**(월~금요일, 오전 8시~오후 6시)로 전화하시거나 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오. 포틀랜드 지역: 503-813-2000. 기타 지역: 1-800-813-2000. TTY(전 지역): 711 언어 통역 서비스(전 지역): 1-800-324-8010

---

이 문서는 계약서가 아닙니다. 본 혜택 요약서는 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest의 혜택 보장 내용을 모두 설명하지 않습니다. 혜택 보장, 클레임 검토, 심사 절차에 대한 자세한 내용은 EOC를 참조하거나 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 본 요약서와 EOC가 상충되는 경우, EOC가 우선시됩니다.