

# Краткое описание страхового покрытия медицинского обслуживания

OR Carewell Traditional

Все страховые планы предлагаются и обеспечиваются организацией Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.  
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

с 01.01.2026 по 31.12.2026

OR Carewell SEIU 503

Номер группы: 19581-001

## Максимальный объем страхового покрытия за 2026 год

На одного участника в год	\$2500
<b>Вы платите</b>	
за каждый прием у стоматолога, включая долю стоимости, предусмотренную для отдельных услуг	\$0 за прием
<b>Франшиза</b> (за 2026 год; применяется ко всем услугам, если не указано иное)	
Для одного участника в год / для всей семьи за календарный год	\$0 / \$0

## Профилактические и диагностические услуги (франшиза не применяется; не учитываются при расчете суммы максимального объема страхового покрытия)

Осмотр полости рта	\$0
Рентгенография	\$0
Чистка зубов	\$0
Фторирование зубов	\$0

## Услуги частичного восстановления

Обычное пломбирование	\$0
Установка пластмассовых и металлических коронок	\$0
Простое удаление	\$0

## Услуги челюстно-лицевой хирургии

Хирургическое удаление зубов	Сострахование 10 %
------------------------------	--------------------

## Пародонтологические услуги

Лечение заболеваний десен	\$0
Удаление зубного камня, сглаживание корней	\$0 на квадрант

## Эндодонтологические услуги

Лечение зубных каналов	Сострахование 10 %
------------------------	--------------------

## Услуги полного восстановления

Золотые или керамические коронки	Сострахование 30 %
Мосты	Сострахование 30 %

## Услуги съемного протезирования

Полные верхние и нижние зубные протезы	Сострахование 30 %
Частичные зубные протезы	Сострахование 30 %
Выравнивание зубных протезов	Сострахование 30 %
Перебазировка зубных протезов	Сострахование 30 %

## Закись азота (франшиза не применяется; не учитывается при расчете суммы максимального объема страхового покрытия)

Закись азота для всех возрастных категорий	\$25
--	------

**Услуги телестоматологии**

Прием по телефону или видеосвязи	\$0
<b>Ортодонтические услуги</b>	Не покрывается
<b>Имплантаты</b>	Сострахование 30 % до достижения суммы максимального объема страхового покрытия, а затем — 100 % всех расходов

Планом медицинского страхования предусмотрены исключения и ограничения. Полный список исключений и ограничений содержится в Свидетельстве о страховом покрытии (Evidence of Coverage, EOC). Образец EOC предоставляется по запросу. С этим документом также можно ознакомиться на сайте [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (на английском языке).

**У вас есть вопросы? Звоните в отдел обслуживания участников страховых планов** (с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00) или посетите сайт kp.org (на английском языке). Район Портленда: 503-813-2000. Все другие районы: 1-800-813-2000. TTY (все районы): 711. Услуги устного перевода, все районы: 1-800-324-8010.

Настоящий документ не является контрактом. В этой сводной таблице перечислены не все случаи страхового покрытия, предоставляемого планом медицинского страхования Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Для получения более подробной информации о страховом покрытии медицинских услуг, рассмотрении жалоб и вынесении решений обратитесь к своему ЕОС или позвоните в отдел по работе с участниками планов медицинского страхования. В случае противоречий между этим кратким описанием покрытия и ЕОС преимущественную силу имеют положения ЕОС.