

医疗福利概要

所有保险计划皆由Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest提供和承保
地址: 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

OR Carewell传统计划

2026年1月1日 — 2026年12月31日

OR Carewell SEIU 503

团体编号: 19581-001

2026年度福利上限

每名会员每年	\$2,500
	您支付
牙科门诊挂号费 – 每次就诊均需支付, 此外还需支付下列特定服务费用分担部分	每次就诊\$0
免赔额 (2026年度适用; 除非另行说明, 否则适用于所有服务)	
每名会员每年 / 每个家庭每年	\$0 / \$0
预防性诊断服务 (不适用于或不计入免赔额或福利上限)	
口腔检查	\$0
X射线	\$0
洁牙	\$0
氟化物	\$0
小型修复服务	
常规补牙	\$0
塑料与钢质牙冠	\$0
简单拔牙	\$0
口腔外科服务	
手术性拔牙	10%共保额
牙周病学	
牙龈疾病治疗	\$0
牙结石刮除	每个象限\$0
根管治疗术	
根管治疗	10%共保额
大型修复服务	
金牙冠或瓷牙冠	30%共保额
冠桥	30%共保额
可拆式义齿服务	
全口上、下义齿	30%共保额
局部义齿	30%共保额
义齿衬底	30%共保额
义齿换底	30%共保额
一氧化二氮 (不适用于或不计入免赔额或福利上限)	
各年龄段一氧化二氮使用	\$25
远程牙科服务	
电话与视频问诊	\$0
正畸治疗	
	不承保
种植牙	在达到福利上限前适用30%共保额, 超过后部分, 需自行支付100%的费用。

计划受除外项目和限制所约束。除外项目与限制的完整列表包括在《承保范围说明书》(Evidence of Coverage, EOC) 中。若提出请求,我们可提供EOC样本,或者您可以访问kp.org/plandocuments。

有疑问?致电会员服务部(周一至周五,上午8点至下午6点)或访问kp.org。波特兰地区:503-813-2000。其他地区:1-800-813-2000。TTY,适用于所有地区:711。语言口译服务,适用于所有地区:1-800-324-8010

这不是合同。此福利概要并未完整描述您的Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest福利承保范围。更多有关福利承保范围、索赔审核和裁决程序的细节,请查看您的EOC或联系会员服务部。若此福利概要与EOC冲突,则以EOC为准。