

Resumen de beneficios dentales

Todos los planes ofrecidos y asegurados por Kaiser Foundation Health Plan del Noroeste. 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

OR Carewell Traditional

1/1/2026- 12/31/2026

OR Carewell SEIU 503

Número de grupo: 19581- 001

Beneficio máximo por 2026 año

| | |
|---------------------|---------|
| Por miembro por año | \$2,500 |
|---------------------|---------|

| | |
|--|-----------------|
| | Tu pagas |
|--|-----------------|

| | |
|---|-------------------------------|
| Cargo por visita al consultorio dental: por visita | \$0 por visita al consultorio |
|---|-------------------------------|

Deducible (Per 2026 Año; se aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)

| | |
|--|---------|
| Por un miembro / Para toda una familia | \$0/\$0 |
|--|---------|

Servicios preventivos y de diagnóstico (No están sujetos al Deducible ni cuentan para el mismo o el beneficio máximo)

| | |
|-----------------|-----|
| Examen oral | \$0 |
| Rayos X | \$0 |
| Limpieza dental | \$0 |
| Fluoruro | \$0 |

Servicios de restauración menores

| | |
|--------------------------|-----|
| rellenos de rutina | \$0 |
| Plástico y acero coronas | \$0 |
| extracciones simples | \$0 |

Servicios de Cirugía Oral

| | |
|--------------------------|-----------------|
| extracciones quirúrgicas | 10% de Coseguro |
|--------------------------|-----------------|

Periodoncia

| | |
|---|-------------------|
| El tratamiento de la enfermedad de las encías | \$0 |
| Raspado y alisado radicular | \$0 por cuadrante |

Endodoncia

| | |
|----------------------------|-----------------|
| El tratamiento de conducto | 10% de Coseguro |
|----------------------------|-----------------|

Los principales servicios de la restauración

| | |
|-------------------------|-----------------|
| Oro o porcelana coronas | 30% de Coseguro |
| puentes | 30% de Coseguro |

Servicios de prótesis removibles

| | |
|--|-----------------|
| dentaduras superior e inferior completos | 30% de Coseguro |
| Las dentaduras parciales | 30% de Coseguro |
| rebases | 30% de Coseguro |
| rebases | 30% de Coseguro |

Óxido nítrico (No está sujeto a o contado para el deducible o beneficio maximo)

| | |
|-------------------------------------|------|
| Óxido nítrico para todas las edades | \$25 |
|-------------------------------------|------|

Teleodontología

| | |
|-----------------------------|-----|
| Visitas telefónicas y video | \$0 |
|-----------------------------|-----|

| | |
|-------------------|---------------|
| Ortodoncia | Sin cobertura |
|-------------------|---------------|

| | |
|------------------|--|
| Implantes | 30% de coseguro hasta el Beneficio Máximo y el 100% de los cargos a partir de entonces |
|------------------|--|

Plan está sujeto a las exclusiones y limitaciones. Una lista completa de las exclusiones y limitaciones se incluye en la Evidencia de cobertura (EOC). EOC muestra están disponibles bajo petición.

¿Preguntas? Llame a Servicios (MF, 08 a.m.-6 p.m.) o visite kp.org área de Portland: 503-813-2000. Todas las otras áreas: 1-800-813-2000. TTY, todas las áreas: 711. Interpretación del lenguaje Servicios, todas las áreas: 1-800-324-8010

Esto no es un contrato. Este resumen no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan del Noroeste. Para más detalles sobre la cobertura de beneficios, revisión de reclamaciones, y los procedimientos de adjudicación, consulte su EOC o llame al Servicio al Cliente. En el caso de un conflicto entre este resumen y el COE, el EOC prevalecerá.