

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 PPO

2026年1月1日 — 2026年12月31日

OR Carewell SEIU 503

团体编号: 19581 - 005

网络内福利 (报销基于MAC进行)*		网络外福利 (报销基于UCC进行)*
2026年度福利上限 (在同一年度内接受的、受福利上限限制的已承保服务, 将同时计入网络内与网络外的福利上限。)		
每名会员每年	\$2,500	\$2,500
您支付		
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	\$0
X射线	\$0	\$0
洁牙	\$0	\$0
氟化物	\$0	\$0
小型修复服务		
常规补牙	\$0	\$0
塑料与钢质牙冠	\$0	\$0
简单拔牙	\$0	\$0
口腔外科服务		
手术性拔牙	10%共保额	10%共保额
牙周病学		
牙龈疾病治疗	\$0	\$0
牙结石刮除	每个象限\$0	每个象限\$0
根管治疗术		
根管治疗	10%共保额	10%共保额
大型修复服务		
金牙冠或瓷牙冠	30%共保额	30%共保额
冠桥	30%共保额	30%共保额
可拆式义齿服务		
全部和部分义齿	30%共保额	30%共保额
义齿衬底	30%共保额	30%共保额
义齿换底	30%共保额	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	\$25
远程牙科服务		
电话与视频问诊	\$0	\$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, 超过后的部分需自行支付100%的费用。	

* “UCC”即常规和惯有收费。“MAC”即最大允许费用。对于受福利上限限制的服务，若费用超过适用的福利上限，无论为最大允许费用 (MAC) 还是常规和惯有收费 (UCC)，您均需自行支付超出部分的全部金额。

您的牙医必须在进行任何费用超过\$500的治疗前，提交事前授权申请。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。

请访问kp.org/dental/nw/ppo，以获得可搜索的供应商名录。

有疑问？拨打1-866-653-0338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。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。
