

牙科福利摘要

所有計劃皆由 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
提供和承保。500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

會員服務：1-800-813-2000

奧勒岡州

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日

Carewell SEIU503

團體編號：19581-001

每個日曆年度的福利上限	\$2,500
	您需支付
牙科診所就診費用 – 每次就診	\$0
免賠額 （每個日曆年度；除非另有說明，否則適用於所有服務）	
一名會員	\$0
整個家庭	\$0
預防和診斷服務 （不受免賠額或福利上限限制，也不計入其中）	
口腔檢查	\$0
X 光檢查	\$0
洗牙	\$0
塗氟	\$0
未成年人修復服務	
常規填料	\$0
塑膠及鋼製牙冠	\$0
簡單拔牙	\$0
口腔外科手術服務	
手術拔牙	10%共保額
牙周病	
牙齦疾病治療	\$0
牙結石刮除和牙根整平術	\$0
牙髓病	
根管治療	10%共保額
主要修復服務	
黃金或烤瓷牙冠	30%共保額
牙橋	30%共保額
可拆卸假體服務	
完整上方與下方假牙	30%共保額
局部假牙	30%共保額
換襯墊	30%共保額
換基底	30%共保額

ORLGDental0120

氧化亞氮 （不受免賠額或福利上限限制，也不計入其中）	
成人與 13 歲及 13 歲 以上的兒童	\$25
12 歲及 12 歲 以下的兒童	\$0
牙齒矯正	非承保之福利
植牙	30%共保額，最高達福利上限，在此之後收取 100%費用。

計劃受除外項目和限制所約束。《承保範圍說明書》(EOC) 中收錄有完整的除外項目和限制列表。可應要求提供 EOC 樣本。

有疑問嗎？請致電會員服務部（服務時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00）或造訪 **kp.org**（英文）波特蘭地區請撥打：**503-813-2000**

其他地區請撥：**1-800-813-2000** 或 TTY 聽障及語障電話專線 711 如需要語言口譯服務，所有地區可撥打 **1-800-324-8010**

本摘要並非合約。此福利摘要並未完全描述您透過 **Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest** 獲得的福利承保。有關福利承保、索賠審查以及裁決程序的更多詳細資訊，請參閱 **EOC** 或致電會員服務部。如果本摘要與 **EOC** 有不一致之處，則以 **EOC** 為準。