

# 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

**1/1/2025 - 12/31/2025**

**Carewell SEIU503**

**團體編號：19581-001**

## 每個日曆年度的福利上限

每名會員每年	\$2,500 您需支付
牙科診所就診費用 – 每次就診，加上以下特定服務的任何成本分擔	\$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）

一名會員每年	\$0
整個家庭每年	\$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

ORLG Dental 0120

 KAISER PERMANENTE®

## 氯化亞氮（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](http://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。