

1/1/2025 - 12/31/2025

Oregon R583

رقم المجموعة: 19581-005

Carewell SEIU 503

المزايا خارج الشبكة (يعتمد رد النفقات على الرسوم المعتادة والعرفية (UCC) *)	المزايا داخل الشبكة (يعتمد رد النفقات على الحد الأقصى للتكلفة المسموح بها (MAC) *)	
الحد الأقصى للمزايا لكل سنة تقويمية (الخدمات المشمولة بالتغطية التي تخضع لكل من للحد الأقصى للمزايا والتي يتم تلقيها خلال العام نفسه ستُحسب ضمن الحد الأقصى للمزايا داخل الشبكة وخارجها.)		
\$2,500	\$2,500	لكل عضو سنويًا
مدفوعاتك		
المبلغ المخصوم (لكل سنة تقويمية، ينطبق على جميع الخدمات ما لم يُذكر خلاف ذلك)		
\$0		لعضو واحد
\$0		لعائلة كاملة
الخدمات الوقائية والتشخيصية (لا تخضع للحد الأقصى للمبلغ المخصوم أو الحد الأقصى للمزايا ولا تُحتسب ضمنه)		
\$0	\$0	فحص الفم
\$0	\$0	الأشعة السينية
\$0	\$0	تنظيف الأسنان
\$0	\$0	الفلورايد
خدمات الترميم البسيطة		
\$0	\$0	الحشوات الروتينية
\$0	\$0	التيجان البلاستيكية والفولاذية
\$0	\$0	عمليات خلع الأسنان البسيطة
خدمات جراحة الفم		
10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	عمليات خلع الأسنان الجراحية
دواعم السن		
\$0	\$0	علاج مرض في اللثة
\$0	\$0	تقليل الأسنان وكشط الجذور
علاج لب الأسنان		
10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	علاج قنوات الجذور
خدمات الترميم الكبرى		
30% للتأمين المشترك	30% للتأمين المشترك	التيجان الذهبية أو البورسلين
30% للتأمين المشترك	30% للتأمين المشترك	الجسور
خدمات الأجهزة التعويضية القابلة للإزالة		
30% للتأمين المشترك	30% للتأمين المشترك	أطقم الأسنان الكاملة والجزئية
30% للتأمين المشترك	30% للتأمين المشترك	عمليات تركيب بطانة جديدة
30% للتأمين المشترك	30% للتأمين المشترك	عمليات تعديل القواعد
أكسيد النيتروز (لا يخضع للحد الأقصى للمبلغ المخصوم أو الحد الأقصى للمزايا ولا يُحتسب ضمنه)		
\$25	\$25	البالغون والأطفال الذين تبلغ أعمارهم 13 عامًا فما فوق
\$0	\$0	الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 12 عامًا أو أقل

		طب الأسنان عن بُعد
\$0	\$0	الزيارات الهاتفية وعبر الفيديو
ليست من المزايا المشمولة بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	تقويم الأسنان
	30% للتأمين المشترك حتى الحد الأقصى للمزايا و100% من الرسوم بعد ذلك.	عمليات زرع الأسنان

* "UCC" يشير هذا الاختصار إلى الرسوم المعتادة والغرفية. "MAC" يشير هذا الاختصار إلى الحد الأقصى للتكلفة المسموح بها. بالنسبة إلى الخدمات التي تخضع للحد الأقصى للمزايا، تقع عليك مسؤولية دفع المبلغ الكامل لأي رسوم (الحد الأقصى للتكلفة المسموح بها (MAC)) أو الرسوم المعتادة والغرفية (UCC) المكبدة فوق الحد الأقصى للمزايا المعمول به.

يجب أن يقدم طبيب أسنانك طلبًا للحصول على إذن مسبق لأي إجراء يتجاوز \$500. تخضع الخطة للاستثناءات والقيود. تُدرج قائمة كاملة من الاستثناءات والقيود في دليل التغطية (Evidence of Coverage, EOC). وتتوفر نماذج من EOC عند الطلب أو يمكنك زيارة kp.org/plandocuments.

تفضل بزيارة: kp.org/dental/nw/ppo للحصول على دليل مقدمي خدمات يمكن البحث فيه.

هل لديك أي أسئلة؟ اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-866-653-0338 (من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 6 مساءً) أو تفضل بزيارة kp.org.

TTY لجميع المناطق: 711. رقم خدمات الترجمة الفورية لجميع المناطق: 1-800-324-8010

هذا ليس عقدًا. ولا يصف ملخص المزايا هذا تغطية مزاياك مع Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest بشكل كامل. للحصول على مزيد من التفاصيل حول تغطية المزايا ومراجعة المطالبات وإجراءات الفصل، يرجى الاطلاع على EOC لديك أو الاتصال بخدمات الأعضاء. في حالة وجود تعارض بين هذا الملخص وEOC، تسود أحكام EOC.