

# 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

Oregon R583

1/1/2025 - 12/31/2025

Carewell SEIU 503

Número de grupo: 19581 - 006

	<b>Dentro de la red beneficio (Reembolso se basa en MAC) *</b>	<b>Fuera de la red beneficio (Reembolso se basa en UCCUCC) *</b>
<b>El máximo beneficio</b> por Calendario Año (Los servicios cubiertos que están sujetos a cualquiera de los beneficios máximos y que se reciben en el mismo año contarán para los beneficios máximos dentro y fuera de la red).		
Por miembro por año		\$2,500
<b>Tu pagas</b>		
<b>Deducible</b> (Per Calendario Año; se aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)		
Por un miembro		\$0
Para toda una familia		\$0
<b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b> (No está sujeto a o contado para el deducible o beneficio máximo)		
Examen oral	\$0	\$0
Rayos X	\$0	\$0
Limpieza dental	\$0	\$0
Fluoruro	\$0	\$0
<b>Servicios de restauración menores</b>		
rellenos de rutina	\$0	\$0
Plástico y acero coronas	\$0	\$0
extracciones simples	\$0	\$0
<b>Servicios de Cirugía Oral</b>		
extracciones quirúrgicas	10% de coseguro	10% de coseguro
<b>periodoncia</b>		
El tratamiento de la enfermedad de las encías	\$0	\$0
Raspado y alisado radicular	\$0	\$0
<b>Endodoncia</b>		
El tratamiento de conducto	10% de coseguro	10% de coseguro
<b>Los principales servicios de la restauración</b>		
Oro o porcelana coronas	30% de coseguro	30% de coseguro
puentes	30% de coseguro	30% de coseguro
<b>Servicios de prótesis removibles</b>		
dentaduras completas y parciales	30% de coseguro	30% de coseguro
rebases	30% de coseguro	30% de coseguro
rebases	30% de coseguro	30% de coseguro
<b>Oxido nitroso</b> (No está sujeto a o contado para el deducible o Beneficio máximo)		
Los adultos y los niños en edad de 13 años y mayores	\$25	\$25
Los niños menores de 12 años o menos	\$0	\$0
<b>Teleodontología</b>		

SSOB LGPPOdental 0124

Visitas telefónicas y video	\$0	\$0
<b>Ortodoncia</b>	Sin costa	No es beneficio cubierto
<b>Implantes</b>	30% de coseguro hasta el Beneficio Máximo y el 100% de los cargos a partir de entonces.	

\* “UCC” significa Cargo Usual y Acostumbrado. “MAC” significa Cargo Máximo Permitido. Para los Servicios que están sujetos a un Beneficio Máximo, es su responsabilidad pagar el monto total de los Cargos (MAC) o Cargos Usuales y Acostumbrados (UCC) incurridos por encima del Beneficio Máximo aplicable. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más detalles.

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.

Visite: [kp.org/dental/nw/ppo](http://kp.org/dental/nw/ppo) para obtener un directorio de proveedores en el que se pueden realizar búsquedas.

**¿Preguntas? Llame a Servicio al Cliente** al 1-866-653-0338 (de lunes a viernes, de 8 am a 6 pm) o visite [kp.org](http://kp.org). TTY, todas las áreas: 711. Servicios de interpretación de idiomas, 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.