

치과 혜택 요약

모든 플랜은 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest에서 제공하고
보증합니다. 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Oregon R583

2025년 1월 1일~2025년 12월 31일

Carewell SEIU 503

그룹 번호: 19581-005

	네트워크 소속 혜택 (환급은 MAC 기준) *	네트워크 비소속 혜택 (환급은 UCC 기준) *
연간 최대 혜택 한도액(최대 혜택 한도액이 적용되고 같은 연도에 제공되는 보장 서비스는 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 최대 혜택 한도액에 모두 포함됨)		
연간 가입자당	\$2,500	\$2,500
본인 부담금		
공제액(역년 기준, 달리 명시되지 않는 한 모든 서비스에 적용)		
가입자 1명 기준	\$0	
가족 전체 기준	\$0	
예방 및 진단 서비스(공제액 또는 최대 혜택 한도액의 적용을 받지 않거나 이에 포함되지 않음)		
구강 검사	\$0	\$0
X-레이	\$0	\$0
치아 스케일링	\$0	\$0
불소 처리	\$0	\$0
경미한 복원 서비스		
일반 충전제	\$0	\$0
플라스틱 및 금속 크라운	\$0	\$0
단순 발치	\$0	\$0
구강 수술 서비스		
외과적 발치	10% 본인 부담율	10% 본인 부담율
치주 치료		
잇몸 질환 치료	\$0	\$0
스케일링 및 치근 활택술	\$0	\$0
신경 치료		
근관 치료	10% 본인 부담율	10% 본인 부담율
대규모 복원 서비스		
금 또는 도자기 크라운	30% 본인 부담율	30% 본인 부담율
브릿지	30% 본인 부담율	30% 본인 부담율
탈착식 보철 서비스		
전체 및 부분 틀니	30% 본인 부담율	30% 본인 부담율
이장	30% 본인 부담율	30% 본인 부담율
리베이스	30% 본인 부담율	30% 본인 부담율

SSOB ORLGPPDental0124

아산화질소(공제액 또는 최대 혜택 한도액의 적용을 받지 않거나 이에 포함되지 않음)		
성인 및 만 13세 이상 어린이	\$25	\$25
만 12세 이하 어린이	\$0	\$0
원격 치과 진료		
전화 및 화상 진료	\$0	\$0
치아 교정		
	보장되지 않음	보장되지 않는 혜택
임플란트		
	혜택 최대 한도액까지 30% 본인 부담률이 적용되며 그 이후에는 100% 부담.	

* “UCC”는 일반 및 통상 비용을 의미합니다. “MAC”는 최대 허용 비용을 의미합니다. 최대 혜택 한도액이 적용되는 서비스의 경우, 최대 혜택 한도액을 초과하여 발생하는 모든 비용(MAC) 또는 일반 및 통상 비용(UCC)의 전액은 가입자가 지불해야 합니다.

\$500를 초과하는 시술의 경우 가입자의 치과 의사는 사전 승인 요청서를 제출해야 합니다. 플랜에는 제외 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 제외 및 제한 사항의 전체 목록은 보장 범위 증명서(EOC)에 포함되어 있습니다. 샘플 EOC는 요청 시 제공되거나 kp.org/plandocuments에서 확인할 수 있습니다.

검색 가능한 의료 제공자 명부는 kp.org/dental/nw/ppo에서 확인하십시오.

질문이 있으십니까? 가입자 서비스에 1-866-653-0338에(월~금, 오전 8시~오후 6시)번으로 전화하거나 kp.org를 방문하십시오. TTY, 모든 지역: 711. 언어 통역 서비스, 모든 지역: 1-800-324-8010

이 문서는 계약서가 아닙니다. 이 혜택 요약에는 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest의 혜택 보장 범위가 완전히 설명되어 있지 않습니다. 혜택 보장, 클레임 검토, 심사 절차에 대해 자세히 알아보려면 EOC를 참조하거나 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 요약본과 EOC가 상충하는 경우, EOC가 우선합니다.