

Сводная таблица предоставляемых стоматологических услуг

Все планы разрабатываются и реализуются компанией
Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Телефон Отдела обслуживания участников страхового плана:
1-800-813-2000

Oregon GHBZ

1/1/2018 - 12/31/2019

Траст по обеспечению льгот работникам, занятым уходом на дому

Номер группы: 19581-001

Максимальная сумма компенсации расходов за календарный год (покрываемые услуги учитываются при расчете обеих максимальных сумм компенсации расходов)	\$2,500
	Вы платите
Плата за посещение стоматологического кабинета — применимо ко всем видам приемов	\$0
Нестраховый минимум (за календарный год; действует для всех услуг, кроме оговоренных отдельно)	
Для одного участника	\$0
Для всей семьи	\$0
Профилактические и диагностические услуги (не учитывается при расчете нестрахового минимума)	
Осмотр полости рта	Без дополнительных платежей
Рентгенография	Без дополнительных платежей
Чистка зубов	Без дополнительных платежей
Фтористая обработка зубов	Без дополнительных платежей
Общие восстановительные услуги	
Плановое пломбирование	Без дополнительных платежей
Установка пластмассовых и металлических коронок	Без дополнительных платежей
Простое удаление	Без дополнительных платежей
Челюстно-лицевая хирургия	
Хирургическое удаление зубов	20 % совместного страхования
Пародонтология	
Лечение заболеваний десен	Без дополнительных платежей
Удаление зубного камня, очистка и полировка корней	Без дополнительных платежей
Эндодонтология	
Лечение корневых каналов зубов	20 % совместного страхования
Услуги полного восстановления	
Установка золотых или керамических коронок	40 % совместного страхования
Установка мостов	40 % совместного страхования
Услуги съемного протезирования	
Полный зубной ряд или часть	40 % совместного страхования
Коррекции протеза	40 % совместного страхования
Перебазирование протеза	40 % совместного страхования

SSOB ORLGDEDdental 0117_0516

Закись азота (не учитывается при расчете нестрахуемого минимума или максимальной суммы компенсации расходов)	
Взрослые и дети от 13 лет и старше	\$25
Дети в возрасте 12 лет и младше	\$0
Ортодонтия	Не покрывается страховым планом
Имплантаты	40 % совместного страхования

План страхования допускает исключения и ограничения. Полный список ограничений и исключений содержится в вашем контракте «Страховое покрытие» (Evidence of Coverage, EOC). Образец EOC может быть предоставлен по требованию.

Возникли вопросы? Звоните в отдел по работе с участниками страховых планов (пн–пт, 8:00–18:00) или посетите сайт kp.org Телефон для звонков из Портленда: 503-813-2000

Другие районы: 1-800-813-2000 Линия ТТУ: 711. Услуги устного перевода, все районы: 1-800-324-8010

Настоящий документ не является договором. В этой сводной таблице перечислены не все случаи страхового покрытия, предоставляемого страховым планом Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Для получения более подробной информации о страховом покрытии медицинских услуг, рассмотрении жалоб и вынесении решений, обратитесь к своему контракту EOC или позвоните в отдел по работе с участниками страховых планов. В случае несовпадения информации в этой сводной таблице с информацией в EOC, руководствуйтесь сведениями из EOC.