

Resumen de beneficios dentales

Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por
Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Servicios a los miembros: 1-800-813-2000

Oregon GPCP

1/1/2018 - 12/31/2019

Fideicomiso de Beneficios para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregon

Número de grupo: 19581-003

	Beneficio dentro de la red (El reembolso está basado en el MAC) *	Beneficio fuera de la red (El reembolso está basado en los UCC) *
Montos máximos de beneficios por año calendario (los servicios cubiertos están sujetos a los montos máximos de beneficios y cuentan para ambos montos máximos de beneficios)	\$2,500	
Cargo por visita al consultorio dental: se aplica a todas las visitas	\$0	
Deducible (por año calendario; se aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)	Usted paga	
Para un miembro	\$0	
Para toda la familia	\$0	
Servicios de diagnóstico y preventivos (No están sujetos al deducible ni cuentan para el mismo)	Usted paga	
Examen oral	\$0	\$0
Rayos-X	\$0	\$0
Limpieza dental	\$0	\$0
Fluoruro	\$0	\$0
Servicios básicos de restauración	Usted paga	
Empastes de rutina	\$0	\$0
Coronas de plástico y acero	\$0	\$0
Extracciones simples	\$0	\$0
Servicios de cirugía bucal	Usted paga	
Extracciones quirúrgicas de dientes	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Periodoncia	Usted paga	
Tratamiento de enfermedades de las encías	\$0	\$0
Eliminación de sarro y alisado radicular	\$0	\$0
Endodoncia	Usted paga	
Tratamiento del conducto radicular	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Servicios de restauración mayor	Usted paga	
Coronas de oro o porcelana	40% de coseguro	40% de coseguro
Puentes	40% de coseguro	40% de coseguro
Servicios de prótesis removibles	Usted paga	
Dentaduras postizas parciales y completas	40% de coseguro	40% de coseguro
Rellenado	40% de coseguro	40% de coseguro
Rebasado	40% de coseguro	40% de coseguro

SSOB ORLGPPDental 0117_0516

Óxido nítrico (no está sujeto al deducible ni cuenta para el mismo; tampoco cuenta para el monto máximo de beneficios)	Usted paga	
Adultos y niños mayores de 13 años	\$25	\$25
Niños menores de 12 años	\$0	\$0
Ortodoncia	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
Implantes	40% de coseguro	40% de coseguro

*"UCC" significa cargos usuales y habituales (Usual and Customary Charges). "MAC" significa cargo máximo permitido (Maximum Allowable Charge). Consulte su EOC (Evidence of Coverage, Evidencia de Cobertura) para obtener más detalles.

El plan está sujeto a exclusiones y limitaciones. Se incluye una lista completa de las exclusiones y limitaciones en la Evidencia de Cobertura (EOC). Hay EOC de muestra disponibles si el miembro las solicita.

¿Preguntas? Llame al Servicio a los miembros (Member Services) (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.) o visite el sitio web **kp.org**. Área de Portland: 503-813-2000

Todas las demás áreas: 1-800-813-2000 Línea TTY: 711. Servicios de interpretación de idiomas, todas las áreas 1-800-324-8010

Este no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener más detalles de la cobertura de beneficios, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación, consulte su EOC o llame a Servicio a los miembros. En caso de que exista alguna discrepancia entre este resumen y la EOC, la EOC prevalecerá.