

You must choose a **Kaiser** dentist

Except in emergencies, you must see your Kaiser network dentist. If you don't, you will have to pay the full cost of your dental care.

Usted debe elegir un dentista **Kaiser**

Excepto en emergencias, usted debe ver a su dentista de la red de Kaiser. Si no lo hace, usted tendrá que pagar el costo total de su atención dental.

Effective: 01/01/2018 • Vigente a partir del: 01/01/2018



Kaiser Dental	<i>Adult — Dentist</i>	<i>Adult — Specialist</i>	<i>Pediatric (up to age 19)</i>
You Pay			
Periodic oral exams	\$30	Not covered	\$0
X-rays	\$30 – \$54	\$14 – \$69	\$0 – \$30
Prophylaxis	\$30	Not Covered	\$10 – \$13
Topical application of fluoride	\$30	Not Covered	\$0
Space Maintainers	\$200 – \$278	Not Covered	\$143 – \$198
Amalgam restorations	\$68 – \$126	Not Covered	\$41 – \$78
Crowns — <i>Varies based on materials used</i>	\$255 – \$755	Not Covered	\$272 – \$560
Pulp Capping — <i>Excludes final restoration</i>	\$47	Not Covered	\$32
Periodontal scaling/ root planing	\$99 – \$137	\$117 – \$194	\$63 – \$109
Complete maxillary denture	\$845	Not Covered	\$697
Rebase dentures	\$265-\$344	Not Covered	\$260
Removal of impacted tooth	\$183 – \$363	\$216 – \$429	\$151 – \$241
Comprehensive orthodontic treatment	Not Covered	\$3,304 – \$3,658	\$3,304 – \$3,658

Kaiser Dental	<i>Adulto — Dentista</i>	<i>Adulto — Especialista</i>	<i>Pediátrico (hasta los 19 años)</i>
Usted Paga			
Exámenes orales de rutina	\$30	Sin cobertura	\$0
Radiografías	\$30 – \$54	\$14 – \$69	\$0 – \$30
Profilaxis	\$30	Sin cobertura	\$10 – \$13
Aplicación tópica de flúor	\$30	Sin cobertura	\$0
Space Maintainers	\$200 – \$278	Sin cobertura	\$143 – \$198
Mantenedores de espacio	\$68 – \$126	Sin cobertura	\$41 – \$78
Coronas — <i>Varía basado en los materiales usados</i>	\$277 – \$628	Sin cobertura	\$272 – \$560
Recubrimiento pulpar — <i>No incluye la restauración definitiva</i>	\$47	Sin cobertura	\$32
Raspado periodontal/ radicular	\$99 – \$137	\$117 – \$194	\$63 – \$109
Prótesis maxilares completas	\$845	Sin cobertura	\$697
Rebasado de prótesis	\$344	Sin cobertura	\$260
Extracción de diente impactado	\$183 – \$363	\$216 – \$429	\$151 – \$241
Tratamiento de ortodoncia completo	Sin cobertura	\$3,304 – \$3,658	\$3,304 – \$3,658

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/ services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/ servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.



Find a network provider near you at www.kp.org

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en www.kp.org