

## 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



<b>Kaiser Dental</b>	<i>Adult — Dentist</i>	<i>Adult — Specialist</i>	<i>Pediatric (up to age 19)</i>
<b>You Pay</b>			
Periodic oral exams	\$30	Not covered	\$0
X-rays	\$30 – \$58	\$12 – \$75	\$0 – \$30
Prophylaxis	\$30	Not Covered	\$10 – \$13
Topical application of fluoride	\$30	Not Covered	\$0
Space Maintainers	\$216 – \$300	Not Covered	\$143 – \$198
Amalgam restorations	\$73 – \$136	Not Covered	\$41 – \$78
Crowns — <i>Varies based on materials used</i>	\$233 – \$815	Not Covered	\$272 – \$560
Pulp Capping — <i>Excludes final restoration</i>	\$51	Not Covered	\$32
Periodontal scaling/ root planing	\$107 – \$148	\$126 – \$210	\$51 – \$109
Complete maxillary denture	\$913	Not Covered	\$697
Rebase dentures	\$286-\$372	Not Covered	\$260
Removal of impacted tooth	\$198 – \$319	\$233 – \$375	\$151 – \$241
Comprehensive orthodontic treatment	Not Covered	\$3,304 – \$3,658	\$3,304 – \$3,422

<b>Kaiser Dental</b>	<i>Adulto — Dentista</i>	<i>Adulto — Especialista</i>	<i>Pediátrico (hasta los 19 años)</i>
<b>Usted Paga</b>			
Exámenes orales de rutina	\$30	Sin cobertura	\$0
Radiografías	\$30 – \$58	\$12 – \$75	\$0 – \$30
Profilaxis	\$30	Sin cobertura	\$10 – \$13
Aplicación tópica de flúor	\$30	Sin cobertura	\$0
Space Maintainers	\$216 – \$300	Sin cobertura	\$143 – \$198
Mantenedores de espacio	\$73 – \$136	Sin cobertura	\$41 – \$78
Coronas — <i>Varía basado en los materiales usados</i>	\$233 – \$815	Sin cobertura	\$272 – \$560
Recubrimiento pulpar — <i>No incluye la restauración definitiva</i>	\$51	Sin cobertura	\$32
Raspado periodontal/ radicular	\$107 – \$148	\$126 – \$210	\$51 – \$109
Prótesis maxilares completas	\$913	Sin cobertura	\$697
Rebasado de prótesis	\$286-\$372	Sin cobertura	\$260
Extracción de diente impactado	\$198 – \$319	\$233 – \$375	\$151 – \$241
Tratamiento de ortodoncia completo	Sin cobertura	\$3,304 – \$3,658	\$3,304 – \$3,422

*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.*