

瞭解計劃：福利概要

接下來幾頁的表格列出了各計劃的福利示例。
請查看下列圖解，以協助您瞭解如何閱讀這些表格。

以下簡述如何使用下表

福利概要		KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	KP 透過Kaiser Permanente提供
		E 透過健康福利交易市場提供	
計劃類型	年度免賠額		
年度醫療免賠額（個人/家庭）	在計劃開始為您支付大多數承保服務費用之前，您須支付該金額。 根據本範例計劃，您需為承保服務支付全額費用，直到您個人達到\$5,200或您家庭達到\$10,400為止。 接著您需開始支付共付額或共保額。		
年度自付上限（個人/家庭）	年度自付上限		
		這是計劃開始百分百支付大多數承保服務的費用之前，您在一個日曆年度內將為醫護支付的最大金額。 在本示例中，您在一個日曆年度期間為自己支付的共付額、共保額及免賠額將不超過\$9,800，您為家庭支付的將不超過\$19,600。	
福利		預防保健服務不收費	
虛擬醫護服務	大多數預防保健服務為免費承保，包括例行身體檢查及乳房X光檢查。 此外，預防保健服務不受免賠額約束。		
即時通訊、電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	免費		
預防保健		在您達到免賠額之前便屬於承保範圍	
例行身體檢查、乳房X光檢查等	無論您是否達到免賠額，您都僅需為部分服務支付共付額或共保額。 在本計劃中，基本護理就診屬於承保範圍，需支付共付額\$50，即使還沒達到免賠額也是如此。 在Silver免賠額計劃中，基本護理、專科護理及緊急醫護就診在您達到免賠額之前便均屬於承保範圍。		
門診服務（每次就診或每項診療）	共保額		
基本護理診所就診	在達到免賠額之後，這是您可能需為承保服務支付的費用百分比。 在此示例中，在您達到免賠額後，您每天需為住院病人醫院醫療護理支付費用的30%。 在日曆年度的剩餘時間，您的計劃將會支付其餘的費用。		
專科護理診所就診	共付額		
大部分的X光檢查	這是您需為承保服務支付的固定金額，通常是在您達到免賠額之後。 在此示例中，無論您是否已達到免賠額，您皆需開始為緊急醫護就診支付共付額\$50。		
大多數化驗			
磁共振造影 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT)、正子斷層造影 (PET)			
門診手術			
精神健康就診			
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理			
產科			
例行產前護理就診、首次產後就診			
分娩及住院嬰兒保健醫護			
急診和緊急醫護			
急診部就診			
緊急醫護就診			
處方藥（最多30天藥量）			
非品牌藥（層級1）			
首選品牌藥（層級2）			
非首選品牌藥（層級2）			
專科藥物（層級4）			
全人健康			
健康服務			

*郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

KP 透過Kaiser Permanente提供
E 透過健康福利交易市場Covered California提供

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，
[CoveredCA.com](https://www.coveredca.com)網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供
 財務協助選項。

福利概要	KP Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 7500/0% PCP	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP
計劃類型	免賠額	HSA-qualified	HSA-qualified	HSA-qualified
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$7,500/\$15,000	\$7,200/\$14,400	\$5,800/\$11,600	\$3,600/\$7,200
年度自付上限 (個人/家庭)	\$7,500/\$15,000	\$7,200/\$14,400	\$9,800/\$19,600	\$7,800/\$15,600
福利				
虛擬醫護服務				
即時通訊、電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	免費	電子郵件、網路看診：免費。 電話問診及視訊看診：達到免賠額後免費	免費	電子郵件、網路看診：免費。 電話問診及視訊看診：達到免賠額後免費
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項診療)				
基本護理診所就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	\$60	達到免賠額後25%
專科護理診所就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$95 [†] ；達到免賠額後，其他就診\$95	達到免賠額後25%
大部分的X光檢查	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後25%
大多數化驗	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	\$50	達到免賠額後25%
磁共振影 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT)、正子斷層造影 (PET)	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後25%
門診手術	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後25%
精神健康就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	免費	達到免賠額後25%
住院服務				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後25%
產科				
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後25%
急診和緊急醫護				
急診部就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後25%
緊急醫護就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	\$60	達到免賠額後25%
處方藥 (最多30天藥量)				
非品牌藥 (層級1)	\$20*	達到免賠額後免費	\$20*	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250
首選品牌藥 (層級2)	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$450後40%， 每份處方最多\$500	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250
非首選品牌藥 (層級2)	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$450後40%， 每份處方最多\$500	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250
專科藥物 (層級4)	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$450後40%， 每份處方最多\$500	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250
全人健康				
健康服務	服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching (英文)。			

[†] Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃包含在您達到免賠額之前的三次專科護理診所就診，您只需支付福利共付額即可。

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

本計劃概要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員協議、承保範圍說明書及披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (聽障及語障電話專線711)與我們聯絡或聯絡您的經紀人。

KP 透過Kaiser Permanente提供
E 透過健康福利交易市場Covered California提供

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，
[CoveredCA.com](https://www.coveredca.com)網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務協助選項。

福利概要	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50 PCP
計劃類型	免賠額	免賠額	免賠額
年度醫療免賠額（個人/家庭）	\$5,200/\$10,400	\$5,200/\$10,400	\$2,850/\$5,700
年度自付上限（個人/家庭）	\$9,800/\$19,600	\$9,800/\$19,600	\$8,900/\$17,800
福利			
虛擬醫護服務			
即時通訊、電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	免費	免費	免費
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務（每次就診或每項診療）			
基本護理診所就診	\$50	\$50	\$50
專科護理診所就診	\$90	\$90	\$80
大部分的X光檢查	\$95	\$95	達到免賠額後\$70
大多數化驗	\$50	\$50	達到免賠額後\$30
磁共振影（MRI）、電腦斷層掃描（CT）、正子斷層造影（PET）	\$325	\$325	達到免賠額後\$350
門診手術	30%	30%	\$400（達到計劃免賠額後）
精神健康就診	\$50	\$50	\$50
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
產科			
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
急診和緊急醫護			
急診部就診	\$400	\$400	達到免賠額後\$350
緊急醫護就診	\$50	\$50	\$50
處方藥（最多30天藥量）			
非品牌藥（層級1）	\$19*	\$19*	\$20*
首選品牌藥（層級2）	達到藥房免賠額\$50後\$60*	達到藥房免賠額\$50後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
非首選品牌藥（層級2）	達到藥房免賠額\$50後\$60*	達到藥房免賠額\$50後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
專科藥物（層級4）	達到藥房免賠額\$50後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$50後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$450後35%， 每份處方最多\$250
全人健康			
健康服務	服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。 如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。		成人視力福利包括每年一次的眼科檢查，以及價值\$175的眼鏡抵免額，可每24個月使用一次。服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

本計劃概要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員協議、承保範圍說明書及披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線**711**）與我們聯絡或聯絡您的經紀人。

福利概要	KP Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 750/35 PCP	KP Kaiser Permanente - Gold 80 HDHP HMO 2250/15% PCP	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO
計劃類型	免賠額	免賠額	共付額
年度醫療免賠額（個人/家庭）	\$750/\$1,500	\$2,250（僅限自己）/\$3,400（家庭成員）/\$4,500（家庭） [‡]	無/無
年度自付上限（個人/家庭）	\$9,200/\$18,400	\$5,000/\$10,000	\$9,200/\$18,400
福利			
虛擬醫護服務			
即時通訊、電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	免費	免費	免費
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務			
基本護理診所就診	\$35	達到免賠額後15%	\$40
專科護理診所就診	\$65	達到免賠額後15%	\$70
大部分的X光檢查	\$75	達到免賠額後15%	\$75
大多數化驗	\$40	達到免賠額後15%	\$40
磁共振造影 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT)、正子斷層造影 (PET)	達到免賠額後\$100	達到免賠額後15%	\$75
門診手術	達到免賠額後\$350	達到免賠額後15%	\$190
精神健康就診	\$35	達到免賠額後15%	\$40
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	達到免賠額後25%	達到免賠額後15%	每天\$375，最多5天**
產科			
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費
生產及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後25%	達到免賠額後15%	每天\$375，最多5天**
急診和緊急醫護			
急診部就診	達到免賠額後\$250	達到免賠額後15%	\$350
緊急醫護就診	\$35	達到免賠額後15%	\$40
處方藥（最多30天藥量）			
非品牌藥（層級1）	\$20*	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250	\$18*
首選品牌藥（層級2）	\$55*	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250	\$60*
非首選品牌藥（層級2）	\$55*	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250	\$60*
專科藥物（層級4）	25%，每份處方最多\$250	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250	20%，每份處方最多\$250
全人健康			
健康服務	成人視力福利包括每年一次的眼科檢查，以及價值\$175的眼鏡抵免額，可每24個月使用一次。每年合併脊柱神經治療與針灸服務20次，每次就診\$15；補充耐用醫療設備項目的保險範圍為扣除免賠額後的20%，每年最高\$2000。服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。	服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。	服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

** 5天後，與住院有關的承保服務免費。

‡ 如果您是申請該計劃的唯一申請人，那麼您必須達到\$2,250的個人免賠額。但是，當保險範圍包括2名或更多家庭成員時，每人需承擔\$3,400的免賠額，除非累計費用首先達到\$4,500的家庭免賠額。

本計劃概要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員協議、承保範圍說明書及披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線**711**）與我們聯絡或聯絡您的經紀人。

KP 透過Kaiser Permanente提供
E 透過健康福利交易市場Covered California提供

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，
[CoveredCA.com](https://www.coveredca.com)網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供
 財務協助選項。

福利概要	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 0/30 PCP	KP E Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP E Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO ^{††}
計劃類型	共付額	共付額	共付額	HSA-qualified
年度醫療免賠額（個人/家庭）	無/無	無/無	無/無	\$10,600/\$21,200
年度自付上限（個人/家庭）	\$9,200/\$18,400	\$7,800/\$15,600	\$5,000/\$10,000	\$10,600/\$21,200
福利				
虛擬醫護服務				
即時通訊、電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	免費	免費	免費	免費
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務（每次就診或每項診療）				
基本護理診所就診	\$40	\$30	\$15	前3次診所就診免費。***達到免賠額後，額外就診免費
專科護理診所就診	\$70	\$70	\$30	達到免賠額後免費
大部分的X光檢查	\$75	\$60	\$30	達到免賠額後免費
大多數化驗	\$40	\$40	\$15	達到免賠額後免費
磁共振影（MRI）、電腦斷層掃描（CT）、正子斷層造影（PET）	25%	\$250	\$75	達到免賠額後免費
門診手術	30%	\$350	\$95	達到免賠額後免費
精神健康就診	\$40	\$30	\$15	免費
住院服務				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	30%	每天\$600，最多5天**	每天\$225，最多5天**	達到免賠額後免費
產科				
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	30%	每天\$600，最多5天**	每天\$225，最多5天**	達到免賠額後免費
急診和緊急醫護				
急診部就診	\$350	\$325	\$175	達到免賠額後免費
緊急醫護就診	\$40	\$30	\$15	前3次診所就診免費。***達到免賠額後，額外就診免費
處方藥（最多30天藥量）				
非品牌藥（層級1）	\$18*	\$20*	\$9*	達到免賠額後免費
首選品牌藥（層級2）	\$60*	\$50*	\$16*	達到免賠額後免費
非首選品牌藥（層級2）	\$60*	\$50*	\$16*	達到免賠額後免費
專科藥物（層級4）	20%，每份處方最多\$250	20%，每份處方最多\$250	10%，每份處方最多\$250	達到免賠額後免費
全人健康				
健康服務	服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。	成人視力福利包括每年一次的眼科檢查，以及價值\$175的眼鏡抵免額，可每24個月使用一次。每年合併脊柱神經治療與針灸服務20次，每次就診\$15；補充耐用醫療設備項目的保險範圍為扣除免賠額後的20%，每年最高\$2,000。服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。	服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching （英文）。	

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

**5天後，與住院有關的承保服務免費。

††僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲以上的申請人有提供Covered California的證明證實其經濟困難或缺少可負擔的保險時，方可購買Minimum Coverage HMO計劃。

***Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額前包括三次免費診所就診。診所就診包含基本護理和緊急醫護。

本計劃概要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員協議、承保範圍說明書及披露表》（EOC），以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電1-800-464-4000（聽障及語障電話專線711）與我們聯絡或聯絡您的經紀人。

E 透過健康福利交易市場Covered California提供

成本分擔減免 (CSR) 計劃

您必須符合資格並透過Covered California入保本頁的成本分擔減免 (Cost Share Reduction, CSR) 計劃。

福利概要	E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
計劃類型	共付額	共付額	共付額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$5,200/\$10,400	\$1,400/\$2,800	無/無
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,100/\$16,200	\$3,350/\$6,700	\$1,400/\$2,800
福利			
虛擬醫護服務			
即時通訊、電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	免費	免費	免費
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項診療)			
基本護理診所就診	\$50	\$15	\$5
專科護理診所就診	\$90	\$25	\$8
大部分的X光檢查	\$95	\$50	\$10
大多數化驗	\$50	\$30	\$10
磁共振影 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT)、正子斷層造影 (PET)	\$325	\$100	\$50
門診手術	30%	20%	10%
精神健康就診	\$50	\$15	\$5
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	達到免賠額後30%	達到免賠額後20%	10%
產科			
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後30%	達到免賠額後20%	10%
急診和緊急醫護			
急診部就診	\$400	\$200	\$50
緊急醫護就診	\$50	\$15	\$5
處方藥 (最多30天藥量)			
非品牌藥 (層級1)	\$19*	\$8*	\$3*
首選品牌藥 (層級2)	達到藥房免賠額\$50後\$55*	達到藥房免賠額\$50後\$25*	\$10*
非首選品牌藥 (層級2)	達到藥房免賠額\$50後\$55*	達到藥房免賠額\$50後\$25*	\$10*
專科藥物 (層級4)	達到藥房免賠額\$50後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$50後15%， 每份處方最多\$150	10%，每份處方最多\$150
全人健康			
健康服務	服務範圍包括電話保健輔導，由專門的保健輔導員免費為Kaiser Permanente會員提供一對一指導，無需轉介。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/WellnessCoaching (英文)。		

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

本計劃概要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員協議、承保範圍說明書及披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (聽障及語障電話專線711) 與我們聯絡或聯絡您的經紀人。