

# Gold 80 250/35 PCP KP Plus™ + Child Dental ALT†

生效日期2026年1月1日至12月1日

特點	網絡內 <sup>1</sup>	網絡外 每年限10次醫療服務 <sup>4</sup> 和5次藥房配藥或續配 <sup>12</sup>
計劃免賠額（內嵌）	個人\$250 <sup>2</sup> /家庭\$500 <sup>2</sup>	不適用
自付上限（內嵌）	個人 \$7,800 <sup>2,3</sup> / 家庭 \$15,600 <sup>2,3</sup>	
診所內 基本護理就診	\$35	\$55 <sup>4</sup>
緊急醫護就診	\$35	不承保 <sup>5</sup>
專科診所就診	\$55	\$75 <sup>4</sup>
預防服務（例如：篩檢、產前和產後檢查以及免 疫接種）	\$0 <sup>6,7</sup>	\$0 <sup>6,7</sup>
兒童保健預防照護就診（至23個月大）	\$0	\$0
生育服務	不承保 <sup>8</sup>	不承保
物理治療、職業病治療和言語治療	\$35	\$55 <sup>4</sup>
大多數化驗	\$35 <sup>9</sup>	\$45 <sup>4</sup>
大多數X光檢查和診斷檢測	\$55 <sup>9</sup>	\$75 <sup>4</sup>
大多數磁共振造影(MRI)/電腦斷層(CT)/正子斷層造影 (PET)掃描	\$250（達到計劃免賠額後） <sup>9</sup>	不承保
門診外科手術（每項診療）	\$335（達到計劃免賠額後）	不承保
急診服務 急診部就診（若直接住院則免除）	\$250（達到計劃免賠額後）	\$250（達到計劃免賠額後）
救護車	\$250（達到計劃免賠額後）	\$250（達到計劃免賠額後）
處方藥（最多30天藥量） 非品牌藥（層級1） 品牌藥（層級2） 專科藥（層級4）	\$15 <sup>10,11</sup> \$40 <sup>10,11</sup> 每份處方20%，最多\$250 <sup>10</sup>	\$20 <sup>12</sup> \$60 <sup>12</sup> 不承保
醫院住院護理 醫生服務、病房/膳食、測試、藥物、用品、治療、 生產服務	每天\$600，每次住院最多5天（達到計 劃免賠額後） <sup>13</sup>	不承保
專業護理院醫療護理（每個福利期最多100天）	每天\$300，每次住院最多5天（達到計 劃免賠額後） <sup>13</sup>	不承保
精神健康服務 門診（診所內）	\$35	\$55 <sup>4</sup>
住院（醫院內）	每天\$600，每次住院最多5天（達到計 劃免賠額後） <sup>13</sup>	不承保
藥物濫用障礙服務 門診（診所內）	\$35	\$55 <sup>4</sup>
住院（醫院內）— 僅限解毒	每天\$600，每次住院最多5天（達到計 劃免賠額後） <sup>13</sup>	不承保
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$20 <sup>4</sup>
針灸	每次就診\$35，僅限醫生轉介的針灸	不承保
某些耐用醫療器材(DME)（補充與基本器材）	20%（達到計劃免賠額年度限額 \$2,000後） <sup>14</sup>	不承保
某些假體及矯形裝置	\$0	不承保
兒童眼科（眼鏡用品）	\$0 每年1副眼鏡或隱形眼鏡 <sup>15</sup>	不承保
兒科視力檢查	\$0	\$0 <sup>4</sup>
成人驗光（眼鏡）	不承保 <sup>16</sup>	不承保
成人視力檢查（眼球屈光）	\$0	\$0 <sup>4</sup>

（續）

## 生效日期2025年7月1日

(續)

\*Kaiser Permanente Plus™是一項有限自選服務點 (POS) 計劃，承保《承保範圍說明書》中所述的某些網絡外醫療服務提供者提供的門診服務和處方藥。  
†某些計劃名稱中的縮寫「ALT」表示Kaiser Permanente制定了該計劃。

1. 給付是以承保服務的許可收費上限為依據。許可收費上限意指下列費用較低者：一般、慣常及合理費用；議定費率；或實際帳單費用。最高許可收費可能少於保健業者所收取的實際帳單費用。受保人可能需負責支付超過承保服務許可收費上限的任何金額。
2. 本計劃有內嵌免賠額和自付上限。每個家庭成員在達到個人免賠額或自付上限（視福利而定），或是達到家庭免賠額或自付上限之後，便會開始支付共付額或共保額。個別家庭成員達到個人自付上限或是達到家庭自付上限後，即不需要支付成本分擔。
3. 自付上限是個人或家庭在一年內將需為某些服務支付的金額上限。
4. 網絡外 (OON) 醫療服務提供者提供的承保門診服務總計限10次。有關承保門診服務的完整清單，請參閱《承保範圍說明書》。
5. 接受服務網外緊急護理服務提供者在服務區域外就診時，將視為網內福利給付，共付額為\$35。請參閱《承保範圍說明書》。
6. 預防性化驗、X光檢查及免疫接種屬於預防性檢查的承保範圍。
7. 排定的產前就診和產後就診。
8. 可在支付額外費用後將生育福利加入本計劃。請與您的經紀人或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得進一步資訊。
9. 與預防性服務相關的化驗室和診斷測試、X光檢查和MRI/CT/PET掃描均免費。
10. 由計劃醫生開處方並在計劃藥房取得的處方藥，皆按照我們的承付藥物手冊予以承保。少數藥物有不同的共付額。請瀏覽kp.org/formulary（英文）或致電會員服務聯絡中心，以瞭解承付藥物手冊的相關資訊，包括專科等級的藥物。
11. 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。
12. 限5次網絡外 (OON) 處方配藥（任何層級的合併）。有關承保處方藥或用品的完整清單，請參閱《承保範圍說明書》。
13. 5天之後，同一次住院的額外住院天數即可免費獲得承保。
14. 基本和補充的DME均可獲得承保。補充的DME服務每年有合計最高\$2,000的福利上限（達到計劃免賠額後）。請參閱《承保範圍說明書》，以瞭解DME福利包括哪些項目的資訊。限5次網絡外 (OON) 處方配藥（任何層級的合併）。
15. 未滿19歲。只限從有限的眼鏡項中選購一副。
16. Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente驗光中心購買眼鏡和隱形眼鏡可享受折扣。這些折扣不可與任何其他保健計劃的視力福利一起使用。折扣將不適用於任何特賣、促銷或套裝式眼鏡計劃、任何隱形眼鏡延伸購買協議或弱視輔具或裝置。請瀏覽kp2020.org（英文），瞭解Kaiser Permanente的配鏡中心地點。

這僅是一份福利總結且內容可能有變更。KFHP《承保範圍說明書》及KPIC *Certificate of Insurance*（保險證明）包含對各項福利、不受保項目與限制的完整說明。本文件所提供的資訊旨在說明各項計劃所包含的所有福利，亦不作為《承保範圍說明書》或*Certificate of Insurance*（保險證明）之用。