

Gold 80 PPO 350/25 PCP + Child Dental

生效日期2026年1月1日至12月1日

重點福利	合約保健業者層級（網絡內） ¹	非合約保健業者層級（網絡外） ¹
計劃免賠額（內嵌）	個人 — \$350 ² / 家庭 — \$700 ²	個人 — \$1,000 ² / 家庭 — \$2,000 ²
自付上限（內嵌）	個人 — \$7,800 ³ / 家庭 — \$15,600 ³	個人 — \$15,600 ^{2,3} / 家庭 — \$31,200 ^{2,3}
診所內		
基本護理就診	\$25	40%（達到計劃免賠額後）
緊急醫護就診	\$25	40%（達到計劃免賠額後）
專科診所就診	\$50	40%（達到計劃免賠額後）
預防性服務（例如：篩檢、產前和產後就診以及免疫接種）	\$0 ^{4,5,6,7}	40% ^{4,5,6,7}
兒童保健預防照護就診（至23個月大）	\$0	40%
過敏注射	每次就診20%	每次就診40%（達到計劃免賠額後）
生育服務	不承保 ⁸	不承保
物理治療、職業病治療和言語治療	\$25	40%（達到計劃免賠額後）
大多數化驗	\$25	40%（達到計劃免賠額後）
大多數X光檢查和診斷檢測	\$65	40%（達到計劃免賠額後）
大多數數磁共振造影(MRI)／電腦斷層(CT)／正子斷層造影(PET)掃描	20%	40%（達到計劃免賠額後）
門診外科手術（每項診療）	20%	40%（達到計劃免賠額後）
急診服務		
急診部就診（若直接住院則免除）	20%（達到計劃免賠額後）	20%（達到計劃免賠額後）
救護車	20%（達到計劃免賠額後）	20%（達到計劃免賠額後）
處方藥（最多30天藥量）		
非品牌藥（層級1）	\$15 ^{9,10,11}	不承保
品牌藥（層級2）	\$50 ^{9,10,11}	不承保
專科藥物（層級4）	每份處方20%，最多\$250 ^{10,11}	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	20%（達到計劃免賠額後）	40%（達到計劃免賠額後）
專業護理院醫療護理（每個福利期最多100天）	20%（達到計劃免賠額後）	40%（達到計劃免賠額後）
精神健康服務		
門診（診所內）	\$25	40%（達到計劃免賠額後）
住院（醫院內）	20%（達到計劃免賠額後）	40%（達到計劃免賠額後）
物質濫用障礙服務		
門診（診所內）	\$25	40%（達到計劃免賠額後）
住院（醫院內）— 僅限解毒	20%（達到計劃免賠額後）	40%（達到計劃免賠額後）
其他		
虛擬護理	\$0	\$0
針灸（醫生轉診）	每次就診\$25	40%（達到計劃免賠額後）
某些耐用醫療器材(DME)（補充與基本器材）	20% ^{12,13}	40%（達到計劃免賠額後） ^{12,13}
某些假體及矯形裝置	20%	40%（達到計劃免賠額後）
兒童眼科（眼鏡用品）	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹⁴	20%（達到計劃免賠額後） ¹⁴
兒科視力檢查	\$0	0%（達到計劃免賠額後）
成人眼科（眼鏡用品）	不承保	不承保
成人視力檢查（眼球屈光）	\$0	不承保
居家健康護理（每年最多100次家訪）	20% ¹⁵	40%（達到計劃免賠額後） ¹⁵
安寧護理	\$0	40%（達到計劃免賠額後）

（續）

生效日期2026年1月1日至12月1日

(續上頁)

1. 按承保服務的許可收費上限付款。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。許可收費上限可能少於保健業者實際請款的費用。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. 計入非合約保健業者層級自付上限的承保費用不會累積計入合約保健業者層級的自付上限。同樣地，計入合約保健業者層級自付上限的承保費用不會累積計入非合約保健業者層級的自付上限。如需完整瞭解自付上限，請參閱您的*Certificate of Insurance*（保險證明）。
4. 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。
5. 排定的產前就診和產後就診。
6. 根據《平價醫療法案》(ACA) 規定承保例行產前護理診所就診。此項服務包括初診及後續復診的記錄、身體檢查、記錄體重、血壓、胎兒心音及例行驗尿。
7. 生產和母嬰住院護理均屬於您住院服務福利的承保範圍。如需完整瞭解生產服務，請參閱您的KPIC *Certificate of Insurance*（保險證明）。
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. 如果受保人要求的品牌藥同時也有非品牌藥可供使用，則受保人須負擔品牌藥共付額，外加非品牌藥與品牌藥之間的費用差額。
10. 您計劃的承付藥物手冊承保大多數藥物；但特定處方藥可能不在承保範圍內。請參閱您的KPIC *Certificate of Insurance*（保險證明），以獲得完整的限制和不受保項目清單。不論您使用什麼保健業者，您都必須在MedImpact藥房配領處方藥。請致電800-788-2949向MedImpact查詢合約藥房。
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. 基本和補充的DME均可獲得承保。對於合約保健業者和非合約保健業者提供的服務，補充的DME有每年合計最高\$2,000的福利上限，但是糖尿病測試用品和器材除外。
13. 糖尿病設備與用品僅限靜脈注射器具和供外接式胰島素幫浦用的附針頭注射器、測試條、採血針、皮膚保護器具、皮膚適除膠片和透明薄膜式敷料。共保額是以實際帳單費用為依據，不受每年DME上限\$2,000的限制。
14. 未滿19歲。只限從有限的眼鏡項中選購一副。
15. 限額不適用於物理治療師、職業病治療師和言語治療師到府上的家訪。

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》(*Evidence of Coverage*) 以及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。