

Gold 80 HMO 500/35 PCP + Child Dental ALT*†

有效期2026年1月1日至12月1日

Kaiser Permanente for Small Business的主要福利

累積費用期限

本計劃的累計週期是1月1日至12月31日。

自付上限及免賠額

對於適用計劃自付上限的服務，在您達到下列金額之後，您在累計週期的剩餘時間將無需再支付任何成本分擔。

對於適用計劃免賠額或藥物免賠額的服務，在累計週期內，您必須為接受的承保服務支付費用，直到您達到下列免賠額為止。您所支付的計入免賠額的所有費用適用於下列計劃自付額上限金額。

每一累計期限金額	僅個人保險 (有一位會員的家庭)	家庭保險 有兩位或兩位以上會員之家 庭中的每位會員	家庭保險 有兩位或兩位以上會員之家 庭中的所有會員
計劃自付上限	\$8,000 ¹	\$8,000 ¹	\$16,000 ¹
計劃免賠額	\$500 ¹	\$500 ¹	\$1,000 ¹
藥物免賠額	無	無	無

計劃保健業者診所就診

大部分基本護理就診和大部分非醫生專業醫務人員看診
 大部分專科醫生看診
 例行性身體保健檢查，包括婦女保健檢查
 兒童預防保健檢查（至23個月大）
 由計劃驗光配鏡師進行的例行性眼科檢查
 緊急醫護諮詢、評估和治療
 大部分的物理治療、職業病治療和言語治療

您需支付

每次就診\$35（計劃免賠額不適用）
 每次就診\$60（計劃免賠額不適用）
 免費（計劃免賠額不適用）
 免費（計劃免賠額不適用）
 免費（計劃免賠額不適用）
 每次就診\$35（計劃免賠額不適用）
 每次就診\$35（計劃免賠額不適用）

遠距保健就診

基本護理就診和大部分的非醫生專業人員互動式視訊看診或電話問診 ...
 醫生專業人員互動式視訊看診或電話問診

您需支付

免費（計劃免賠額不適用）
 免費（計劃免賠額不適用）

門診服務

門診外科手術和特定的其他門診手術程序
 大部分的免疫注射（包括疫苗）
 大部分的X光檢查
 大多數化驗
 《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage, EOC) 中所述的預防性X
 光檢查、篩檢和化驗檢測
 磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、大部分的電腦斷層
 (Computerized Tomography, CT) 及正子斷層造影 (Positron Emission
 Tomography, PET) 掃描

您需支付

達到計劃免賠額後，每項診療\$350
 免費（計劃免賠額不適用）
 每次檢測\$50（計劃免賠額不適用）
 每次檢測\$35（計劃免賠額不適用）
 免費（計劃免賠額不適用）
 每次就診\$350（計劃免賠額不適用）

醫院住院服務

食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗和藥物

您需支付

達到計劃免賠額後，每天\$600（每次住院最多
 \$3,000）

急診服務

急診部就診
 註：如果您以住院病人身分直接入院接受承保服務，您將需支付住院成本分擔，而非急診部成本分擔（請參閱「醫院住院
 服務」以瞭解住院成本分擔資訊）

您需支付

每次就診\$350（計劃免賠額不適用）

救護服務

救護服務

您需支付

每趟\$350（計劃免賠額不適用）

處方藥承保範圍

根據承付藥物手冊準則承保的門診藥品：

計劃藥房的大部分非品牌藥品（層級1）.....	\$15，最多30天藥量（計劃免賠額不適用）
透過郵購服務取得的大部分非品牌藥品（層級1）續配.....	\$30，最多100天藥量（計劃免賠額不適用）
計劃藥房的大部分品牌藥品（層級2）.....	\$50，最多30天藥量（計劃免賠額不適用）
透過郵購服務取得的大部分品牌藥品（層級2）續配.....	\$100，最多100天藥量（計劃免賠額不適用）
計劃藥房的大部分專科藥品（層級4）.....	20%共保額（不超過\$250），最多30天藥量（計劃免賠額不適用）

您需支付

耐用醫療器材（Durable Medical Equipment, DME）

EOC中所述的其他基礎DME用品.....	20%共保額（計劃免賠額不適用）
EOC中所述的補充DME用品（每個累積費用期限最多福利限額為\$2,000）.....	20%共保額（達到計劃免賠額後）

您需支付

精神健康服務

精神科住院治療.....	達到計劃免賠額後，每天\$600（每次住院最多\$3,000）
門診精神健康評估和治療.....	每次就診\$35（計劃免賠額不適用）

您需支付

物質使用障礙治療

住院病人解毒.....	達到計劃免賠額後，每天\$600（每次住院最多\$3,000）
門診藥物濫用障礙評估和治療.....	每次就診\$35（計劃免賠額不適用）

您需支付

居家健康服務

居家健康護理（每個累積費用期限最多100次探訪）.....	每次就診\$35（計劃免賠額不適用）
-------------------------------	--------------------

您需支付

其他

兒童會員的眼鏡或隱形眼鏡：	
EOC中所述的每段累積費用期限內一整副鏡框眼鏡（鏡框和鏡片）或一副隱形眼鏡.....	免費（計劃免賠額不適用）
專業護理院醫療護理（每個福利期最多100天）.....	達到計劃免賠額後，每天\$300（每次住院最多\$1,500）
EOC所述的義肢與矯形裝置.....	免費（計劃免賠額不適用）
脊柱神經治療和針灸.....	每次就診\$15（自我轉介；每年合計20次就診）
兒科視力檢查.....	免費
成人眼科（眼鏡用品）.....	不承保 ²

您需支付

* Covered California for Small Business與CaliforniaChoice®亦有提供本計劃。

† 某些計劃名稱中的縮寫「ALT」表示Kaiser Permanente制定了該計劃。

1. 本計劃有內嵌的免賠額和自付上限。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。
2. Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente驗光中心購買眼鏡和隱形眼鏡可享有折扣。這些折扣不可與任何其他Health Plan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、任何隱形眼鏡延購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。

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。

這僅是一份福利總結且內容可能會有變更。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。