

Platinum 90 0/10 PCP KP PLUS™ + Child Dental ALT*†

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 1 tháng 12 năm 2026

ĐẶC ĐIỂM	Trong mạng lưới ¹	Ngoài mạng lưới ¹ Giới hạn 10 dịch vụ y tế ⁴ và 5 lần mua hoặc bổ sung thuốc tại nhà thuốc ¹²
TIỀN KHẤU TRỪ CỦA CHƯƠNG TRÌNH (Tích hợp)	Không áp dụng	Không áp dụng
CHI PHÍ TỰ TRẢ TỐI ĐA (Tích hợp)	Cá nhân — \$3,000 ^{2,3} /Gia đình — \$6,000 ^{2,3}	
TẠI VĂN PHÒNG Y TẾ		
Thăm khám chăm sóc chính	\$10	\$30 ⁴
Thăm khám chăm sóc khẩn cấp	\$10	Không được đài thọ ⁵
Thăm khám tại phòng khám chuyên khoa	\$20	\$40 ⁴
Các dịch vụ phòng ngừa (ví dụ: kiểm tra sàng lọc, thăm khám tiền sản, hậu sản và chủng ngừa)	\$0 ^{6,7}	\$0 ^{6,7}
Thăm khám chăm sóc phòng ngừa cho trẻ em khỏe mạnh (đến 23 tháng tuổi)	\$0	\$0 ⁴
Dịch vụ sinh sản	Không được đài thọ ⁸	Không được đài thọ
Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu ngôn ngữ	\$10	\$30 ⁴
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng xét nghiệm	\$20 ⁹	\$30 ⁴
Hầu hết các loại chụp X-quang và kiểm tra chẩn đoán	\$40 ⁹	\$60 ⁴
Hầu hết các dịch vụ chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI), chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT) và chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography, PET)	\$150 ⁹	Không được đài thọ
Phẫu thuật ngoại trú (mỗi thủ thuật)	\$300 mỗi thủ thuật	Không được đài thọ
DỊCH VỤ CẤP CỨU		
Thăm khám tại khoa cấp cứu (được miễn nếu trực tiếp nhập viện)	\$200	\$200
Xe cứu thương	\$150	\$150
THUỐC THEO TOA (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)		
Thuốc gốc (Bậc 1)	\$5 ^{10,11}	\$10 ¹²
Thuốc biệt dược (Bậc 2)	\$15 ^{10,11}	\$35 ¹²
Thuốc chuyên khoa (Bậc 4)	10% mỗi toa thuốc, lên đến tối đa \$250 ¹⁰	Không được đài thọ
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN		
Dịch vụ của bác sĩ, phòng bệnh và thức ăn, xét nghiệm, thuốc men, vật tư, liệu pháp, dịch vụ sinh sản	\$500 mỗi lần nhập viện	Không được đài thọ
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (tối đa 100 ngày trong mỗi thời kỳ hưởng quyền lợi)	\$250 mỗi lần nhập viện	Không được đài thọ
CÁC DỊCH VỤ SỨC KHỎE TINH THẦN		
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$10	\$30 ⁴
Nội trú (tại bệnh viện)	\$500 mỗi lần nhập viện	Không được đài thọ
DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN		
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$10	\$30 ⁴
Nội trú (tại bệnh viện) — chỉ cai nghiện	\$500 mỗi lần nhập viện	Không được đài thọ
KHÁC		
Khám qua mạng	\$0	\$20 ⁴
Chỉnh nắn xương khớp và châm cứu	\$15 mỗi lần thăm khám (tự giới thiệu; tổng cộng 20 lần thăm khám mỗi năm)	Không được đài thọ
Một số thiết bị y khoa lâu bền (durable medical equipment, DME) (bổ sung và cơ bản)	10%, tối đa \$2,000 mỗi năm ¹³	Không được đài thọ
Một số bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình	\$0	Không được đài thọ
Chăm sóc nhãn khoa cho trẻ em (kính đeo mắt)	\$0 1 cặp kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm ¹⁴	Không được đài thọ
Khám thị lực cho trẻ em	\$0	\$0 ⁴
Chăm sóc nhãn khoa cho người lớn (kính đeo mắt)	Mức trợ cấp \$175 ¹⁵	Không được đài thọ
Khám thị lực cho người lớn (khám tật khúc xạ mắt)	\$0	\$0 ⁴

(còn tiếp)

(tiếp theo)

*Kaiser Permanente Plus™ là Chương Trình Điểm Cung Cấp Dịch Vụ (Point-of-Service Plan, POS) có giới hạn với phạm vi bảo hiểm là một số dịch vụ ngoại trú và thuốc theo toa từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới như mô tả trong *Chứng Từ Bảo Hiểm*.

†Từ viết tắt "ALT" trong một số tên chương trình nhất định biểu thị các chương trình do Kaiser Permanente phát triển khác với các chương trình tiêu chuẩn.

1. Các khoản thanh toán dựa trên mức phí tối đa cho phép đối với các dịch vụ được đài thọ. Mức phí tối đa cho phép nghĩa là mức phí thấp hơn giữa: các khoản phí thông thường, thường lệ và hợp lý; hoặc mức giá thỏa thuận; hoặc các khoản phí thanh toán thực tế. Mức phí tối đa cho phép cho thể thấp hơn khoản chi phí thực tế của nhà cung cấp. Những người được bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản nào vượt quá mức phí tối đa cho phép đối với một dịch vụ được đài thọ.
2. Chương trình này có khoản chi phí tự trả tối đa tích hợp. Từng thành viên trong gia đình không phải trả khoản chia sẻ chi phí khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó hoặc khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cả gia đình.
3. Chi phí tự trả tối đa là số tiền tối đa mà một cá nhân hoặc gia đình phải trả cho một số dịch vụ nhất định trong một năm.
4. Giới hạn tổng cộng 10 dịch vụ ngoại trú được đài thọ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (out-of-network, OON). Tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm* để xem danh sách đầy đủ các dịch vụ ngoại trú được đài thọ.
5. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp ngoài mạng lưới được đài thọ như quyền lợi trong mạng lưới khi thăm khám ngoài khu vực phục vụ với khoản tiền đồng trả \$10. Tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm*.
6. Các xét nghiệm phòng ngừa, chụp X-quang và chủng ngừa được đài thọ như một phần của dịch vụ khám phòng ngừa.
7. Thăm khám tiền sản và hậu sản theo lịch.
8. Chương trình này có thể bổ sung thêm quyền lợi sinh sản nếu quý vị thanh toán thêm phụ phí. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với người môi giới của quý vị hoặc đại diện Kaiser Permanente.
9. Xét nghiệm trong phòng xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán, chụp X-quang và chụp MRI/CT/PET liên quan đến các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí.
10. Thuốc theo toa được đài thọ theo danh mục thuốc của chúng tôi khi được bác sĩ thuộc Chương Trình kê toa và mua tại nhà thuốc thuộc Chương Trình. Một số loại thuốc có mức tiền đồng trả khác. Để biết thêm thông tin về danh mục thuốc của chúng tôi, bao gồm các loại thuốc trong bậc thuốc chuyên khoa, hãy truy cập kp.org/formulary (bằng Tiếng Anh) hoặc gọi đến Trung Tâm Liên Lạc Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi.
11. Đặt mua qua bưu điện: Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày đối với thuốc theo toa đủ tiêu chuẩn với chi phí chỉ bằng lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày.
12. Giới hạn 5 lần mua thuốc theo toa ngoài mạng lưới (OON) (kết hợp tất cả các bậc). Tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm* để xem danh sách đầy đủ các loại thuốc theo toa hoặc các mặt hàng được đài thọ.
13. Cả DME cơ bản và bổ sung đều được đài thọ. Tổng giá trị quyền lợi tối đa kết hợp cho DME bổ sung là \$2,000 mỗi năm dành cho các dịch vụ. Tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm* để biết thêm thông tin về những mục được đài thọ trong quyền lợi DME của quý vị.
14. Dưới 19 tuổi. Một cặp kính mắt, phạm vi lựa chọn giới hạn.
15. Mức trợ cấp cho chi phí lắp chỉnh và cấp phát tròng kính, gọng kính và kính áp tròng 24 tháng một lần.

Đây chỉ là bản tóm lược quyền lợi và có thể thay đổi. [Chứng Từ Bảo Hiểm](#) của Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và *Chứng Nhận Bảo Hiểm* của Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) có giải thích đầy đủ các quyền lợi, trường hợp loại trừ và giới hạn. Thông tin trong tài liệu này không nhằm mô tả tất cả các quyền lợi trong từng chương trình, cũng không được dùng làm *Chứng Từ Bảo Hiểm* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm*.