

\$30/\$1,500 GRANDFATHERED (NONMETAL)

DEDUCTIBLE HMO PLAN

特點	會員支付
計劃免賠額	個人 - \$1,500 ¹ 家庭 - \$3,000 ¹
自付上限 (內嵌)	個人 - \$3,500 ^{1,2} 家庭 - \$7,000 ^{1,2}
診所內	
基本護理就診	\$30
緊急醫護就診	\$30
專科診所就診	\$30
預防性檢查、疫苗 (免疫接種)	\$0
產前護理	\$0 ³
產後護理	\$0 ³
兒童預防保健就診	\$0 ⁴
過敏注射	每次就診\$5 (達到計劃免賠額後)
不孕症服務	不承保 ⁵
物理治療、職業病治療和言語治療	\$30 (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$10 (達到計劃免賠額後)
大多數X光檢查和診斷檢測	\$10 (達到計劃免賠額後)
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) / 電腦斷層 (Computerized Tomography, CT) / 正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	\$50 (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	\$250 (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)	\$100 (達到計劃免賠額後)
救護車	\$75 (達到計劃免賠額後)
處方藥	
非品牌藥 (最多30天藥量)	\$10 ⁶
品牌藥 (最多30天藥量)	\$30 ⁶
專科藥物 (最多30天藥量)	\$30 ⁶
醫院護理	
醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、 生產服務	每天\$500 (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)	每天\$50 (達到計劃免賠額後)
精神健康服務	
診所內	個人\$30 團體\$15
醫院內	每天\$500 (達到計劃免賠額後)
藥物依賴服務	
診所內	個人\$30 團體\$5
醫院內 (僅限解毒)	每天\$500 (達到計劃免賠額後)
其他	
遠距看診	\$0
脊柱神經治療和針灸	醫生轉介的針灸每次就診\$30; 不承保脊柱神經治療
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (僅限基本器材)	30% ⁷
特定假體及矯形裝置	\$0
兒童眼科 (眼鏡)	不承保 ⁸
兒童視力檢查	\$0
成人眼科 (視力矯正器)	不承保 ⁸
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0
居家健康護理 (每年最多100次家訪)	\$0
安寧護理	\$0

(續上頁)

Kaiser Permanente計劃並未包含原有病症條款。

本計劃的預防性服務無須成本分擔。如需預防性服務的完整清單，請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 或account.kp.org (英文)。

¹這是一項內嵌式計劃。若是2人或2人以上的家庭，個人免賠額將成為家庭免賠額的一部分。在每位家庭成員達到其個人免賠額或整個家庭合計達到家庭免賠額之後，每位家庭成員便符合支付共付額或共保額的資格。相同方式也適用於自付上限。

²自付上限是個人或家庭在一個日曆年度內將需為特定服務支付的金額上限。

³排定的產前就診和第一次產後就診

⁴兒童保健就診 (至23個月大為止)

⁵增強不孕症承保需額外付費，詳情請洽詢您的保險經紀人或Kaiser Permanente代表。

⁶由計劃醫生開立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；有關處方藥共付額的詳細資訊，請參閱《承保範圍說明書》。

⁷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。承保範圍有限。

⁸Kaiser 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。

此件僅是一份福利總結，內容可有變更。 KFHP《承保範圍說明書》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*之用。