

\$5 GRANDFATHERED (NONMETAL)

COPAY HMO PLAN

特點	會員支付
計劃免賠額	\$0
自付上限	個人 - \$1,500 ¹ 家庭 - \$3,000 ¹
診所內	
基本護理就診	\$5
緊急醫護就診	\$5
專科診所就診	\$5
預防性檢查、疫苗（免疫接種）	\$0 ²
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	\$0
不孕症服務	50% ⁵
物理治療、職業病治療和言語治療	\$5
大多數化驗	\$10
大多數X光檢查和診斷檢測	\$10
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
門診手術（每項手術程序）	\$5
急診服務	
急診部就診（若直接住院則免除）	\$100
救護車	\$75
處方藥	
非品牌藥（最多100天藥量）	\$5 ⁶
品牌藥（最多100天藥量）	\$15 ⁶
專科藥物（最多30天藥量）	\$15 ⁶
醫院護理	
醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	\$0
專業護理院醫療護理（每個福利期最多100天）	\$0
精神健康服務	
診所內	個人\$5 團體\$2
醫院內	\$0
藥物依賴服務	
診所內	個人\$5 團體\$2
醫院內（僅限解毒）	\$0
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\$5； 不承保脊柱神經治療
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)（補充與基本器材）	20% ⁷
特定假體及矯形裝置	\$0
兒童眼科（眼鏡）	\$150允許額 ⁸
兒童視力檢查	\$0
成人眼科（視力矯正器）	\$150允許額 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。

²預防性化驗檢測、X光檢查及免疫接種屬於預防性檢查的承保範圍。

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。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。

⁸補助適用於眼鏡鏡片、鏡框及隱形眼鏡配驗及配鏡的費用，每24個月提供一次。

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。