

「祖父地位」健康保險計劃福利摘要

如果您想入保的計劃位於您目前計劃的右側，則您可轉換至該計劃。*

	Copayment 25 HMO	Deductible HMO 20/500	Copayment 40 HMO	Deductible HMO 25/1000	Copayment 50 HMO
特點					
個人計劃年度免賠額（僅投保人本人）	無	\$500	無	\$1,000	無
家庭計劃年度免賠額（個人／家庭）	無／無	\$500/\$1,000	無／無	\$1,000/\$2,000	無／無
個人計劃年度自付上限（僅投保人本人）	\$2,500	\$2,500	\$3,000	\$3,000	\$3,500
家庭計劃年度自付上限（個人／家庭）	\$2,500/\$5,000	\$2,500/\$5,000	\$3,000/\$6,000	\$3,000/\$6,000	\$3,500/\$7,000
福利					
預防保健					
例行身體檢查、乳房X光檢查等	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
門診服務（每次就診或每項程序）					
基本護理門診	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
專科護理門診	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
大多數X光檢查	\$10	達到免賠額後\$10	\$10	達到免賠額後\$10	\$10
大多數化驗	\$10	達到免賠額後\$10	\$10	達到免賠額後\$10	\$10
MRI、CT及PET	\$50	達到免賠額後\$10	\$50	達到免賠額後\$50	\$50
門診外科手術	\$100	達到免賠額後\$50	\$200	達到免賠額後\$150	\$250
精神健康就診	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
住院醫療護理					
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物	每天\$200	達到免賠額後 每天\$100	每天\$350	達到免賠額後 每天\$250	每天\$500
妊娠					
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	\$10	\$10	\$15
分娩及住院嬰兒健康護理	每天\$200	達到免賠額後 每天\$100	每天\$350	達到免賠額後 每天\$250	每天\$500
急診及緊急醫護					
急診部就診	\$100	達到免賠額後\$100	\$100	達到免賠額後\$100	\$150
緊急醫護就診	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
處方藥					
計劃藥房（最多30天藥量）	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35	不承保，但女性避孕藥物除外 非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35
郵購（最多100天藥量）	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70	不承保
其他服務					
ChooseHealthy™折扣以及其他保健與健康計劃	包括kp.org/livehealthy （英文）	包括kp.org/livehealthy	包括kp.org/livehealthy	包括kp.org/livehealthy	包括kp.org/livehealthy

本計劃摘要的目的只是要重點介紹一些人們最常詢問的福利以及相關共付額、共保額及免賠額。請參閱《會員協議、承保範圍說明書及披露表》(Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。若要索取《會員協議、承保範圍說明書及披露表》，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電1-800-757-7585與我們聯絡或聯絡您的保險經紀。對於有免賠額的服務，在達到免賠額之前您將需自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入會員自付上限中。

*在您「不受新法約束」的新計劃生效滿30天後，您將無法再轉回原先的計劃。

「祖父地位」健康保險計劃福利摘要

如果您想入保的計劃位於您目前計劃的右側，則您可轉換至該計劃。*

	Deductible HMO 30/1500	Deductible HMO 40/2000	Deductible HMO 0/1500 with HSA	Deductible HMO 0/2700 with HSA	Deductible HMO 30/2700 with HSA
特點					
個人計劃年度免賠額（僅投保人本人）	\$1,500	\$2,000	\$1,500	\$2,700	\$2,700
家庭計劃年度免賠額（個人／家庭）	\$1,500/\$3,000	\$2,000/\$4,000	\$3,000/\$3,000	\$5,450/\$5,450	\$5,450/\$5,450
個人計劃年度自付上限（僅投保人本人）	\$3,500	\$4,000	\$3,000	\$5,000	\$5,250
家庭計劃年度自付上限（個人／家庭）	\$3,500/\$7,000	\$4,000/\$8,000	\$6,000/\$6,000	\$10,000/\$10,000	\$10,500/\$10,500
福利					
預防保健					
例行身體檢查、乳房X光檢查等	\$30	\$40	免費	免費	\$30
門診服務（每次就診或每項程序）					
基本護理門診	\$30	\$40	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$30
專科護理門診	\$30	\$40	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$30
大多數X光檢查	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10
大多數化驗	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10	達到免賠額後\$10
MRI、CT、PET	達到免賠額後\$50	達到免賠額後\$50	達到免賠額後\$50	達到免賠額後\$50	達到免賠額後\$50
門診外科手術	達到免賠額後\$250	達到免賠額後\$250	達到免賠額後\$150	達到免賠額後\$200	達到免賠額後30%共保額
精神健康就診	\$30	\$40	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$30
住院醫療護理					
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物	達到免賠額後每天\$500	達到免賠額後每天\$500	達到免賠額後每天\$300	達到免賠額後每天\$400	達到免賠額後30%共保額
妊娠					
例行產前護理就診、首次產後就診	\$30	\$40	免費	免費	\$10
分娩及住院嬰兒健康護理	達到免賠額後每天\$500	達到免賠額後每天\$500	達到免賠額後每天\$300	達到免賠額後每天\$400	達到免賠額後30%共保額
急診及緊急醫護					
急診部就診	達到免賠額後\$150	達到免賠額後\$150	達到免賠額後\$100	達到免賠額後\$100	達到免賠額後30%共保額
緊急醫護就診	\$30	\$40	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$30
處方藥					
計劃藥房（最多30天藥量）	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35 達到免賠額後	非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35 達到免賠額後	不承保，但女性避孕藥物除外 非品牌藥：\$10 品牌藥：\$35
郵購（最多100天藥量）	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70 達到免賠額後	非品牌藥：\$20 品牌藥：\$70 達到免賠額後	不承保
其他服務					
ChooseHealthy™折扣以及其他保健與健康計劃	包括kp.org/livehealthy	包括kp.org/livehealthy	包括kp.org/livehealthy	包括kp.org/livehealthy	包括kp.org/livehealthy

本計劃摘要的目的只是要重點介紹一些人們最常詢問的福利以及相關共付額、共保額及免賠額。請參閱《會員協議、承保範圍說明書及披露表》(Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。若要索取Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments、致電1-800-757-7585與我們聯絡或聯絡您的保險經紀。對於有免賠額的服務，在達到免賠額之前您將需自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入會員自付上限中。

*在您「不受新法約束」的新計劃生效滿30天後，您將無法再轉回原先的計劃。