

瞭解計劃：福利摘要

接下來幾頁的表格列出了各計劃的福利範例。請查看下列圖解，以協助您瞭解如何閱讀這些表格。

以下概述如何使用表格

	KP
	KP Silver 70 HMO Off Exchange
計劃類型	免賠額
特點	
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$4,000/\$8,000
年度會員自付上限 (個人/家庭)	\$7,800/\$15,600
福利	
預防保健	
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)	
基本護理門診	\$40
專科護理門診	\$80
大多數X光檢查	\$85
大多數化驗	\$40
MRI、CT、PET	\$325
門診外科手術	20%
精神健康就診	\$40
住院醫療護理	
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後20%
妊娠	
例行產前護理就診、首次產後就診	免費
分娩及住院嬰兒健康護理	達到免賠額後20%
急診及緊急醫護	
急診部就診	\$400
緊急醫護就診	\$40
處方藥 (最多30天藥量)	
非品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$16
首選品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$60
非首選品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$60
專科	達到藥房免賠額\$300後20%， 每份處方最多\$250
全人健康	
健康服務	視力服務優惠 kp2020.org (英文)

KP 透過Kaiser Permanente提供

M 透過Covered California Marketplace提供

年度免賠額
在計劃開始協助您支付大多數承保服務費用之前，您需支付該金額。根據本範例計劃，您需為承保服務支付全額費用，直到您個人達到\$4,000或您家庭達到\$8,000為止。接著您需開始支付共付額或共保額。

年度會員自付上限
這是在計劃開始全額給付大多數承保服務之前，您在一個日曆年度期間需為醫護服務支付的金額上限。在本範例中，您在一個日曆年度期間為自己支付的共付額、共保額及免賠額將不超過\$7,800，您為家庭支付的將不超過\$15,600。

預防保健服務免費
大多數預防保健服務為免費承保，包括例行身體檢查及乳房X光檢查。此外，預防保健服務不受免賠額限制。

在您達到免賠額之前便屬於承保範圍
部分服務無論您是否達到免賠額，都僅需支付共付額或共保額即可。在本計劃中，基本護理就診以共付額\$40承保 – 即使您還沒達到免賠額也不例外。在Silver免賠額計劃中，基本護理、專科護理及緊急醫護就診在您達到免賠額之前便均屬於承保範圍。

共保額
在達到免賠額之後，這是您可能需為承保服務支付的費用百分比。在此範例中，在您達到免賠額之後，您每天需為住院醫療護理支付費用的20%。在日曆年度的剩餘時間，您的計劃將會支付其餘的費用。

共付額
這是您需為承保服務支付的固定金額，通常是在您達到免賠額之後。在此範例中，無論您是否已達到免賠額，您皆需為緊急醫護就診支付共付額\$40。

KP 透過Kaiser Permanente提供

M 透過Covered California Marketplace提供

某些計劃有提供財務協助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com（英文）網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務協助選項。

	KP M Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP M Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	KP Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO 6800/40%
計劃類型	可設HSA	免賠額	可設HSA
特點			
年度醫療免賠額（個人／家庭）	\$6,900/\$13,800	\$6,300/\$12,600	\$6,800/\$13,600
年度會員自付上限（個人／家庭）	\$6,900/\$13,800	\$7,800/\$15,600	\$6,900/\$13,800
福利			
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務（每次就診或每項程序）			
基本護理門診	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$65*	達到免賠額後40%
專科護理門診	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$95*	達到免賠額後40%
大多數X光檢查	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後40%
大多數化驗	達到免賠額後免費	\$40	達到免賠額後40%
MRI、CT、PET	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後40%
門診外科手術	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後40%
精神健康就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$65*	達到免賠額後40%
住院醫療護理			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後40%
妊娠			
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒健康護理	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後40%
急診及緊急醫護			
急診部就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%	達到免賠額後40%
緊急醫護就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後\$65*	達到免賠額後40%
處方藥（最多30天藥量）			
非品牌藥	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後\$18†	達到免賠額後40%，每份處方最多\$500
首選品牌藥	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%，每份處方最多\$500	達到免賠額後40%，每份處方最多\$500
非首選品牌藥	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%，每份處方最多\$500	達到免賠額後40%，每份處方最多\$500
專科	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%，每份處方最多\$500	達到免賠額後40%，每份處方最多\$500
全人健康			
健康服務	視力服務優惠*** kp2020.org	視力服務優惠*** kp2020.org	視力服務優惠*** kp2020.org

* Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有3次門診，您只需支付該福利所需的共付額即可。門診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

† 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

** 5天後，入院相關的承保服務免費。

‡ 僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲以上的申請人在提供Covered California的證明證實其經濟困難或缺少可負擔的保險時，方可購買Minimum Coverage HMO計劃。

‡ Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額之前有3次免費門診。門診包括基本護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

*** 視力服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或會員自付上限中。

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。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電1-800-757-7585與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。對於需達到免賠額的服務，您在達到免賠額之前將需自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入會員自付上限中。

KP 透過Kaiser Permanente提供
M 透過Covered California Marketplace提供

某些計劃有提供財務協助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務協助選項。

	M Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2500/45	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3000/15%
計劃類型	免賠額	免賠額	免賠額	可設HSA
特點				
年度醫療免賠額(個人/家庭)	\$4,000/\$8,000	\$4,000/\$8,000	\$2,500/\$5,000	\$3,000/\$6,000
年度會員自付上限(個人/家庭)	\$7,800/\$15,600	\$7,800/\$15,600	\$7,800/\$15,600	\$6,500/\$13,000
福利				
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務(每次就診或每項程序)				
基本護理門診	\$40	\$40	\$45	達到免賠額後15%
專科護理門診	\$80	\$80	\$75	達到免賠額後15%
大多數X光檢查	\$85	\$85	達到免賠額後\$70	達到免賠額後15%
大多數化驗	\$40	\$40	達到免賠額後\$25	達到免賠額後15%
MRI、CT、PET	\$325	\$325	達到免賠額後\$350	達到免賠額後15%
門診外科手術	20%	20%	達到免賠額後35%	達到免賠額後15%
精神健康就診	\$40	\$40	\$45	達到免賠額後15%
住院醫療護理				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後20%	達到免賠額後20%	達到免賠額後35%	達到免賠額後15%
妊娠				
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒健康護理	達到免賠額後20%	達到免賠額後20%	達到免賠額後35%	達到免賠額後15%
急診及緊急醫護				
急診部就診	\$400	\$400	達到免賠額後\$350	達到免賠額後15%
緊急醫護就診	\$40	\$40	\$45	達到免賠額後15%
處方藥(最多30天藥量)				
非品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$16 [†]	達到藥房免賠額\$300後\$16 [†]	\$20 [†]	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250
首選品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$60 [†]	達到藥房免賠額\$300後\$60 [†]	達到藥房免賠額\$350後\$65 [†]	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250
非首選品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$60 [†]	達到藥房免賠額\$300後\$60 [†]	達到藥房免賠額\$350後\$65 [†]	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250
專科	達到藥房免賠額\$300後20%，每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$300後20%，每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$350後35%，每份處方最多\$250	達到免賠額後15%，每份處方最多\$250
全人健康				
健康服務	視力服務優惠*** kp2020.org	視力服務優惠*** kp2020.org	視力服務優惠*** kp2020.org	視力服務優惠*** kp2020.org

* Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有3次門診，您只需支付該福利所需的共付額即可。門診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

† 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

** 5天後，入院相關的承保服務免費。

‡ 僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲以上的申請人在提供Covered California的證明證實其經濟困難或缺少可負擔的保險時，方可購買Minimum Coverage HMO計劃。

‡ Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額之前有3次免費門診。門診包括基本護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

*** 視力服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或會員自付上限中。

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》，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments、致電1-800-757-7585與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。對於需達到免賠額的服務，您在達到免賠額之前將需自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入會員自付上限中。

KP 透過Kaiser Permanente提供

M 透過Covered California Marketplace提供

某些計劃有提供財務協助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務協助選項。

	KP M Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP M Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	KP M Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP M Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO ^{††}
計劃類型	共付額	共付額	共付額	免賠額
特點				
年度醫療免賠額(個人/家庭)	無/無	無/無	無/無	\$8,150/\$16,300
年度會員自付上限(個人/家庭)	\$7,800/\$15,600	\$7,800/\$15,600	\$4,500/\$9,000	\$8,150/\$16,300
福利				
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務(每次就診或每項程序)				
基本護理門診	\$30	\$30	\$15	前3次門診免費。 ^{††} 額外就診在達到免賠額後免費
專科護理門診	\$65	\$65	\$30	達到免賠額後免費
大多數X光檢查	\$75	\$75	\$30	達到免賠額後免費
大多數化驗	\$40	\$40	\$15	達到免賠額後免費
MRI、CT、PET	20%	\$275	\$75	達到免賠額後免費
門診外科手術	20%	\$340	\$125	達到免賠額後免費
精神健康就診	\$30	\$30	\$15	前3次門診免費。 ^{††} 額外就診在達到免賠額後免費
住院醫療護理				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	20%	每天\$600,最多5天 ^{**}	每天\$250,最多5天 ^{**}	達到免賠額後免費
妊娠				
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒健康護理	20%	每天\$600,最多5天 ^{**}	每天\$250,最多5天 ^{**}	達到免賠額後免費
急診及緊急醫護				
急診部就診	\$350	\$350	\$150	達到免賠額後免費
緊急醫護就診	\$30	\$30	\$15	前3次門診免費。 ^{††} 額外就診在達到免賠額後免費
處方藥(最多30天藥量)				
非品牌藥	\$15 [†]	\$15 [†]	\$5 [†]	達到免賠額後免費
首選品牌藥	\$55 [†]	\$55 [†]	\$15 [†]	達到免賠額後免費
非首選品牌藥	\$55 [†]	\$55 [†]	\$15 [†]	達到免賠額後免費
專科	20%,每份處方最多\$250	20%,每份處方最多\$250	10%,每份處方最多\$250	達到免賠額後免費
全人健康				
健康服務	視力服務優惠 ^{***} kp2020.org	視力服務優惠 ^{***} kp2020.org	視力服務優惠 ^{***} kp2020.org	視力服務優惠 ^{***} kp2020.org

* Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有3次門診，您只需支付該福利所需的共付額即可。門診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

† 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

** 5天後，入院相關的承保服務免費。

†† 僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲以上的申請人在提供Covered California的證明證實其經濟困難或缺少可負擔的保險時，方可購買Minimum Coverage HMO計劃。

‡ Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額之前有3次免費門診。門診包括基本護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

*** 視力服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或會員自付上限中。

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》，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments、致電1-800-464-4000與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。對於需達到免賠額的服務，您在達到免賠額之前將需自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入會員自付上限中。

M 透過 Covered California Marketplace 提供

成本分擔減免 (CSR) 計劃

您必須符合資格並透過 Covered California 入保本頁的成本分擔減免 (Cost Share Reduction, CSR) 計劃。

	M Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	M Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	M Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
計劃類型	免賠額	免賠額	免賠額
特點			
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$3,700/\$7,400	\$1,400/\$2,800	\$75/\$150
年度會員自付上限 (個人/家庭)	\$6,500/\$13,000	\$2,700/\$5,400	\$1,000/\$2,000
福利			
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)			
基本護理門診	\$35	\$15	\$5
專科護理門診	\$75	\$25	\$8
大多數X光檢查	\$85	\$40	\$8
大多數化驗	\$40	\$20	\$8
MRI、CT、PET	\$325	\$100	\$50
門診外科手術	20%	15%	10%
精神健康就診	\$35	\$15	\$5
住院醫療護理			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後20%	達到免賠額後15%	達到免賠額後10%
妊娠			
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒健康護理	達到免賠額後20%	達到免賠額後15%	達到免賠額後10%
急診及緊急醫護			
急診部就診	\$400	\$150	\$50
緊急醫護就診	\$35	\$15	\$5
處方藥 (最多30天藥量)			
非品牌藥	達到藥房免賠額\$275後\$16 [†]	\$5 [†]	\$3 [†]
首選品牌藥	達到藥房免賠額\$275後\$55 [†]	達到藥房免賠額\$100後\$25 [†]	\$10 [†]
非首選品牌藥	達到藥房免賠額\$275後\$55 [†]	達到藥房免賠額\$100後\$25 [†]	\$10 [†]
專科	達到藥房免賠額\$275後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$100後15%， 每份處方最多\$150	10%，每份處方最多\$150
全人健康			
健康服務	視力服務優惠*** kp2020.org	視力服務優惠*** kp2020.org	視力服務優惠*** kp2020.org

* Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 計劃在您達到免賠額之前有3次門診，您只需支付該福利所需的共付額即可。門診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

† 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

** 5天後，入院相關的承保服務免費。

†† 僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲以上的申請人在提供 Covered California 的證明證實其經濟困難或缺少可負擔的保險時，方可購買 Minimum Coverage HMO 計劃。

‡ Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO 計劃在您達到免賠額之前有3次免費門診。門診包括基本護理、緊急醫護、產後護理或門診精神健康醫護服務。

*** 視力服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由 Kaiser Permanente 以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或會員自付上限中。

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》，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽 kp.org/plandocuments、致電 1-800-464-4000 與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。對於需達到免賠額的服務，您在達到免賠額之前將需自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入會員自付上限中。