

# 瞭解計劃：福利概要

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。

現在簡述如何使用下表。

	 KP Silver 70 HMO Off Exchange
計劃類型	免賠額
<b>特點</b>	
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$4,000/\$8,000
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,200/\$16,400
<b>福利</b>	
<b>預防保健</b>	
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費
<b>門診服務 (每次就診或每項程序)</b>	
基本護理診所就診	\$40
專科護理診所就診	\$80
大多數X光檢查	\$85
大多數化驗	\$40
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$325
門診手術	20%
精神健康就診	\$40
<b>住院醫療護理</b>	
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%
<b>產科</b>	
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費
分娩及住院嬰兒保健護理	達到免賠額後20%
<b>急診和緊急醫護</b>	
急診部就診	\$400
緊急醫護就診	\$40
<b>處方藥 (最多30天藥量)</b>	
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% 每份處方最高\$250
<b>全人健康</b>	
健康服務	眼科服務優惠 kp2020.org

 透過Kaiser Permanente提供  
 透過健康福利交換提供, Covered California

**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\$8,200, 您為家庭支付的將不超過\$16,400。

**預防保健服務不收費**  
 大多數預防保健服務 – 包括例行身體檢查及乳房X光檢查 – 為免費承保。而且不受免賠額限制。

**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。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, 在您達到免賠額後, 您每天需為住院醫療護理支費用的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

**E** 透過健康福利交換提供，  
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，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補助選項。

	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 8200/0%
計劃類型	可設健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA)	免賠額	免賠額
<b>特點</b>			
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$7,000/\$14,000	\$6,300/\$12,600	\$8,200/\$16,400
年度自付上限 (個人/家庭)	\$7,000/\$14,000	\$8,200/\$16,400	\$8,200/\$16,400
<b>福利</b>			
<b>預防保健</b>			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
<b>門診服務 (每次就診或每項程序)</b>			
基本護理診所就診	免費 (免賠額後)	達到免賠額後\$65*	免費 (免賠額後)
專科護理診所就診	免費 (免賠額後)	達到免賠額後\$95*	免費 (免賠額後)
大多數X光檢查	免費 (免賠額後)	達到免賠額後40%	免費 (免賠額後)
大多數化驗	免費 (免賠額後)	\$40	免費 (免賠額後)
磁共振影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	免費 (免賠額後)	達到免賠額後40%	免費 (免賠額後)
門診手術	免費 (免賠額後)	達到免賠額後40%	免費 (免賠額後)
精神健康就診	免費 (免賠額後)	達到免賠額後\$65*	免費 (免賠額後)
<b>住院醫療護理</b>			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	免費 (免賠額後)	達到免賠額後40%	免費 (免賠額後)
<b>產科</b>			
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健護理	免費 (免賠額後)	達到免賠額後40%	免費 (免賠額後)
<b>急診和緊急醫護</b>			
急診部就診	免費 (免賠額後)	達到免賠額後40%	免費 (免賠額後)
緊急醫護就診	免費 (免賠額後)	達到免賠額後\$65*	免費 (免賠額後)
<b>處方藥 (最多30天藥量)</b>			
非品牌藥	免費 (免賠額後)	達到藥房免賠額\$500後\$18†	\$20†
首選品牌藥	免費 (免賠額後)	達到藥房免賠額\$500後40%，每份處方最多\$500	免費 (免賠額後)
非首選品牌藥	免費 (免賠額後)	達到藥房免賠額\$500後40%，每份處方最多\$500	免費 (免賠額後)
專科	免費 (免賠額後)	達到藥房免賠額\$500後40%，每份處方最多\$500	免費 (免賠額後)
<b>全人健康</b>			
健康服務	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org

\* Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物酒精濫用護理。

† 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

\*\* 5天後，住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，方可購買最低基本保險HMO計劃。

‡ Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額前包括三次免費診所就診。診所就診包括基本護理、緊急醫護、或門診精神健康護理。

\*\*\* 眼科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自付上限中。

本計劃摘要的目的只是要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。對於需達到免賠額的服務，在達到免賠額之前必須自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入年度自付上限中。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(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1-800-464-4000，或聯絡您的保險經紀。

**KP** 透過Kaiser Permanente提供

**E** 透過健康福利交換提供，  
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，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補助選項。

	<b>E</b>	<b>KP</b>	<b>KP</b>	<b>KP</b>
	Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2500/45	Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3250/20%
計劃類型	免賠額	免賠額	免賠額	可設健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA)
<b>特點</b>				
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$4,000/\$8,000	\$4,000/\$8,000	\$2,500/\$5,000	\$3,250/\$6,500
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,200/\$16,400	\$8,200/\$16,400	\$8,200/\$16,400	\$7,000/\$14,000
<b>福利</b>				
<b>預防保健</b>				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
<b>門診服務 (每次就診或每項程序)</b>				
基本護理診所就診	\$40	\$40	\$45	達到免賠額後20%
專科護理診所就診	\$80	\$80	\$75	達到免賠額後20%
大多數X光檢查	\$85	\$85	達到免賠額後\$70	達到免賠額後20%
大多數化驗	\$40	\$40	達到免賠額後\$25	達到免賠額後20%
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$325	\$325	達到免賠額後\$350	達到免賠額後20%
門診手術	20%	20%	達到免賠額後35%	達到免賠額後20%
精神健康就診	\$40	\$40	\$45	達到免賠額後20%
<b>住院醫療護理</b>				
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20%
<b>產科</b>				
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健護理	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20%
<b>急診和緊急醫護</b>				
急診部就診	\$400	\$400	達到免賠額後\$350	達到免賠額後20%
緊急醫護就診	\$40	\$40	\$45	達到免賠額後20%
<b>處方藥 (最多30天藥量)</b>				
非品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$16 <sup>†</sup>	達到藥房免賠額\$300後\$16 <sup>†</sup>	\$20 <sup>‡</sup>	達到免賠額後20%。每份處方最高\$250
首選品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$60 <sup>‡</sup>	達到藥房免賠額\$300後\$60 <sup>‡</sup>	達到藥房免賠額\$350後\$65 <sup>‡</sup>	達到免賠額後20%。每份處方最高\$250
非首選品牌藥	達到藥房免賠額\$300後\$60 <sup>‡</sup>	達到藥房免賠額\$300後\$60 <sup>‡</sup>	達到藥房免賠額\$350後\$65 <sup>‡</sup>	達到免賠額後20%。每份處方最高\$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%，每份處方最高\$250	達到藥房免賠額\$300後35%，每份處方最多\$250	達到免賠額後20%。每份處方最高\$250
<b>全人健康</b>				
健康服務	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org

\* Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物酒精濫用護理。

<sup>†</sup> 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

\*\* 5天後，住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，方可購買最低基本保險HMO計劃。

††† Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額前包括三次免費診所就診。診所就診包括基本護理、緊急醫護、或門診精神健康護理。

\*\*\* 眼科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自付上限中。

本計劃摘要的目的只是要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。對於需達到免賠額的服務，在達到免賠額之前必須自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入年度自付上限中。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(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1-800-464-4000，或聯絡您的保險經紀。

**KP** 透過Kaiser Permanente提供

**E** 透過健康福利交換提供，  
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，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補助選項。

	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	<b>KP</b> <b>E</b> Kaiser Permanente - 最低承保HMO
計劃類型	共付額	共付額	共付額	免賠額
<b>特點</b>				
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	無/無	無/無	無/無	\$8,550/\$17,100
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,200/\$16,400	\$8,200/\$16,400	\$4,500/\$9,000	\$8,550/\$17,100
<b>福利</b>				
<b>預防保健</b>				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
<b>門診服務(每次就診或每項程序)</b>				
基本護理診所就診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費 <sup>o††</sup> 額外就診在達到免賠額後免費
專科護理診所就診	\$65	\$65	\$30	免費(免賠額後)
大多數X光檢查	\$75	\$75	\$30	免費(免賠額後)
大多數化驗	\$40	\$40	\$15	免費(免賠額後)
磁共振造影(Magnetic Resonance Imaging, MRI)、 斷層掃描(Computerized Tomography, CT)、正子 斷層造影(Positron Emission Tomography, PET)	20%	\$150	\$75	免費(免賠額後)
門診手術	20%	\$340	\$125	免費(免賠額後)
精神健康就診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費 <sup>o††</sup> 額外就診在達到免賠額後免費
<b>住院醫療護理</b>				
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**	免費(免賠額後)
<b>產科</b>				
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健護理	20%	每天\$600,最多5天**	每天\$250,最多5天**	免費(免賠額後)
<b>急診和緊急醫護</b>				
急診部就診	\$350	\$350	\$150	免費(免賠額後)
緊急醫護就診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費 <sup>o††</sup> 額外就診在達到免賠額後免費
<b>處方藥(最多30天藥量)</b>				
非品牌藥	\$15 <sup>‡</sup>	\$15 <sup>‡</sup>	\$5 <sup>‡</sup>	免費(免賠額後)
首選品牌藥	\$55 <sup>‡</sup>	\$55 <sup>‡</sup>	\$15 <sup>‡</sup>	免費(免賠額後)
非首選品牌藥	\$55 <sup>‡</sup>	\$55 <sup>‡</sup>	\$15 <sup>‡</sup>	免費(免賠額後)
專科	20%,每份處方最高\$250	20%,每份處方最高\$250	10%,每份處方最高\$250	免費(免賠額後)
<b>全人健康</b>				
健康服務	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org

\* Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物酒精濫用護理。

† 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

\*\* 5天後，住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，方可購買最低基本保險HMO計劃。

‡ Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額前包括三次免費診所就診。診所就診包括基本護理、緊急醫護、或門診精神健康護理。

\*\*\* 眼科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自付上限中。

本計劃摘要的目的只是要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。對於需達到免賠額的服務，在達到免賠額之前必須自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入年度自付上限中。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(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1-800-464-4000，或聯絡您的保險經紀。

**E** 透過健康福利交換提供，  
Covered California

## 成本分擔減免 (Cost Share Reduction, CSR) 計劃

您必須符合資格並透過Covered California入保本頁的CSR計劃。

	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
計劃類型	免賠額	免賠額	免賠額
<b>特點</b>			
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$3,700/\$7,400	\$1,400/\$2,800	\$75/\$150
年度自付上限 (個人/家庭)	\$6,500/\$13,000	\$2,850/\$5,700	\$1,000/\$2,000
<b>福利</b>			
<b>預防保健</b>			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
<b>門診服務 (每次就診或每項程序)</b>			
基本護理診所就診	\$35	\$15	\$5
專科護理診所就診	\$75	\$25	\$8
大多數X光檢查	\$85	\$40	\$8
大多數化驗	\$40	\$20	\$8
磁共振影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$325	\$100	\$50
門診手術	20%	15%	10%
精神健康就診	\$35	\$15	\$5
<b>住院醫療護理</b>			
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%
<b>產科</b>			
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健護理	達到免賠額後20%	達到免賠額後15%	達到免賠額後10%
<b>急診和緊急醫護</b>			
急診部就診	\$400	\$150	\$50
緊急醫護就診	\$35	\$15	\$5
<b>處方藥 (最多30天藥量)</b>			
非品牌藥	達到藥房免賠額\$275後\$16 <sup>†</sup>	\$5 <sup>†</sup>	\$3 <sup>†</sup>
首選品牌藥	達到藥房免賠額\$275後\$55 <sup>†</sup>	達到藥房免賠額\$100後\$25 <sup>†</sup>	\$10 <sup>†</sup>
非首選品牌藥	達到藥房免賠額\$275後\$55 <sup>†</sup>	達到藥房免賠額\$100後\$25 <sup>†</sup>	\$10 <sup>†</sup>
專科	達到藥房免賠額\$275後20% 每份處方最高\$250	達到藥房免賠額\$100後15% 每份處方最高\$150	10% 每份處方最高\$150
<b>全人健康</b>			
健康服務	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org	眼科服務優惠*** kp2020.org

\* Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物濫用護理。

<sup>†</sup> 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

\*\* 5天後，住院相關的承保服務免費。

<sup>‡</sup> 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，方可購買最低基本保險HMO計劃。

<sup>‡‡</sup> Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額前包括三次免費診所就診。診所就診包括基本護理、緊急醫護、或門診精神健康護理。

\*\*\* 眼科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自付上限中。

本計劃摘要的目的只是要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。對於需達到免賠額的服務，在達到免賠額之前必須自付保健費用。大多數免賠額、共付額及共保額均可計入年度自付上限中。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(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](http://kp.org/plandocuments)、(英文) 致電1-800-464-4000，或聯絡您的保險經紀。