

KAISER PERMANENTE \$30/\$3,000 HSA-QUALIFIED DEDUCTIBLE HMO PLAN

特點	會員支付
日曆年度免賠額 ¹ 個人／家庭	\$3,000/\$6,000
藥房日曆年度免賠額	不適用
年度自付上限 ^{1,2} 個人／家庭	\$5,950/\$11,900
診所大樓內 門診 預防性檢查 ³ 妊娠／產前護理 ^{3,4} 兒童健康預防性護理就診 ^{3,5} 疫苗（免疫注射） ³ 過敏注射 不孕症服務 職業病治療、物理治療和言語治療 大多數化驗與造影 磁共振造影 (MRI)／電腦斷層造影 (CT)／正子斷層造影 (PET) 門診手術	\$30（達到免賠額後） \$0 \$0 \$0 \$0 \$5（達到免賠額後） 不承保 ⁶ \$30（達到免賠額後） \$10（達到免賠額後） \$50（達到免賠額後） 30%（達到免賠額後）
急診服務 急診部就診（若直接入院則免收） 救護車	30%（達到免賠額後） \$100（達到免賠額後）
處方⁷ 非品牌藥 品牌藥	（最多30天藥量） \$10（達到免賠額後） \$30（達到免賠額後）
醫院醫護 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療 專業護理院醫療護理（每個理賠期最多100天）	每次入院30%（達到免賠額後） 每次入院30%（達到免賠額後）
精神健康服務 診所大樓內 醫院內	\$30（達到個人治療免賠額後） \$15（達到團體治療免賠額後） 每次入院30%（達到免賠額後）
藥物依賴服務 診所大樓內 醫院內（僅限解毒）	\$30（達到個人治療免賠額後） 每次入院30%（達到免賠額後）
其他 特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) ⁸ 特定假體及矯形裝置 眼科（視力矯正器） ⁹ 視力檢查 居家健康護理（每日曆年度最多100次兩小時探訪） 安寧護理	20%（達到免賠額後） \$0（達到免賠額後） 不承保 \$30（達到免賠額後） \$0（達到免賠額後） \$0（達到免賠額後）

Kaiser Permanente計劃並不包括原有病症的條款。

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 businessnet.kp.org（英文）。

¹這是一項內嵌計劃。若是兩人或兩人以上的家庭，個人免賠額將成為家庭免賠額的一部分。每個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，便符合支付共付額或共保額的資格。同一種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中必須為某些服務支付的金額上限。

³免賠額不適用於此服務。

⁴排定的產前就診和第一次產後就診

⁵兒童健康就診（0~23個月）

⁶可在支付額外費用後將不孕症理賠加入本計劃。請與您的保險經紀或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得更多資訊。

⁷由計劃醫生開處方並在計劃藥房取得的處方藥，皆按照我們的保險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》。

⁸請參閱《承保範圍說明書》，以取得DME理賠包括哪些項目的資訊。承保範圍有限。

⁹Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente配鏡中心購買眼鏡和隱形鏡片，可享八折優惠。這些折扣未必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、促銷或套裝式視力矯正器計劃、任何隱形鏡片延伸購買協議，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。