

# BRONZE 60 HDHP HMO 6900/0\* + CHILD DENTAL

HSA-qualified High Deductible Health Plan (HSA可經Kaiser Permanente管理)

特點	會員支付
<b>計劃免賠額</b> 內嵌	個人 — \$6,900 <sup>1</sup> 家庭 — \$13,800 <sup>1</sup>
<b>自付上限</b> 內嵌	個人 — \$6,900 <sup>1,2</sup> 家庭 — \$13,800 <sup>1,2</sup>
<b>診所內</b> 基本護理就診 緊急醫護就診 專科診所就診 預防性檢查、疫苗（免疫接種） 產前護理 產後護理 兒童預防保健就診 過敏注射 不孕症服務 物理治療、職業病治療及言語治療 大多數化驗檢測 大多數X光檢查和診斷檢測 大多數磁振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) / 電腦斷層 (Computerized Tomography, CT) / 正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描 門診手術（每項手術）	\$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後） \$0 <sup>3</sup> \$0 <sup>4</sup> \$0（達到計劃免賠額後） <sup>5</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0（達到計劃免賠額後） 不承保 <sup>7</sup> \$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後）
<b>急診服務</b> 急診部就診（若直接住院則免除） 救護車	\$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後）
<b>處方藥</b> 非品牌藥（最多30天藥量） 品牌藥（最多30天藥量） 專科藥物（最多30天藥量）	\$0（達到計劃免賠額後） <sup>8</sup> \$0（達到計劃免賠額後） <sup>8</sup> \$0（達到計劃免賠額後） <sup>8</sup>
<b>醫院醫護服務</b> 醫生服務、食宿、檢測、藥物、用品、治療、生產服務 專業護理院醫療護理（每個福利期最多100天）	\$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後）
<b>精神健康服務</b> 診所內 醫院內	\$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後）
<b>藥物依賴服務</b> 診所內 醫院內（僅限解毒）	\$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後）
<b>其他</b> 遠距看診 脊柱神經治療和針灸  特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)（補充與基本器材） 某些假體及矯形裝置 兒童眼科（視力矯正器） 兒童視力檢查 成人眼科（視力矯正器） 成人視力檢查（眼部屈光） 居家健康護理（每年最多100次探訪） 安寧護理	\$0（達到計劃免賠額後） <sup>9</sup> 醫生轉介的針灸每次就診\$0（達到計劃免賠額後）； 不承保脊柱神經治療 \$0（達到計劃免賠額後） <sup>10</sup> \$0（達到計劃免賠額後） 每年1副眼鏡或隱形眼鏡 <sup>11</sup> \$0 不承保 <sup>12</sup> \$0 \$0（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後）

<sup>1</sup>本計劃內嵌免賠額和自付上限。每個家庭成員在達到個人免賠額或自付上限（視福利而定），或是達到家庭免賠額或自付上限之後，便會開始支付共付額或共保額。個別家庭成員在達到個人自付上限或是達到家庭自付上限後，即不需要支付成本分擔。

<sup>2</sup>自付上限是個人或家庭在一年中必須為所有服務支付的金額上限。

<sup>3</sup>預防性化驗檢測、X光檢查及免疫接種作為預防性檢查的一部分屬於承保範圍。

<sup>4</sup>排定的產前就診。

<sup>5</sup>僅免費承保首次產後就診。

<sup>6</sup>兒童保健就診提供至23個月大為止。

<sup>7</sup>可在支付額外費用後將不孕症福利加入本計劃中。請與您的經紀人或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得更多資訊。

<sup>8</sup>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。

請瀏覽[kp.org/formulary](http://kp.org/formulary)（英文）或致電我們的會員服務聯絡中心，以瞭解承付藥物手冊相關資訊（包括專科等級的藥物）。

<sup>9</sup>針對HSA-qualified HDHP HMO會員是指所有排定的非預防性遠距看診（電話及視訊）。

<sup>10</sup>基本和補充的DME均可獲得承保。補充DME每年福利上限合計限\$2,000。請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage)，以取得DME福利包括哪些項目的資訊。

<sup>11</sup>針對未滿19歲的兒童提供1副眼鏡，樣式有限。

<sup>12</sup>Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente驗光中心購買眼鏡和隱形眼鏡可享受折扣。這些折扣不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、促銷或套裝的視力矯正器計劃、任何隱形眼鏡延伸購買協議或是弱視輔具或裝置。請瀏覽[kp2020.org](http://kp2020.org)（英文），以瞭解Kaiser Permanente的驗光中心地點。

**這僅是一份福利摘要，內容可能有變更。** 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。