

KAISER PERMANENTE \$5 COPAYMENT HMO PLAN

| 特點 | 會員支付 |
|---|---|
| 日曆年度免賠額 | \$0 |
| 藥房日曆年度免賠額 | 不適用 |
| 年度自付上限 ¹ 個人／家庭 | \$1,500/\$3,000 |
| 診所大樓內 門診 預防性檢查 妊娠／產前護理 ² 兒童健康預防性護理就診 ³ 疫苗（免疫注射） 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 | \$5 \$0 \$0 \$0 \$0 \$0 50% \$5 \$10 \$50 每項外科診療\$5 |
| 急診服務 急診部就診（若直接入院則免收） 救護車 | \$100 \$75 |
| 處方⁴ 非品牌藥 ⁵ 品牌藥 ⁵ | （最多100天藥量） \$5 \$15 |
| 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） | \$0 \$0 |
| 精神健康服務 診所大樓內 醫院內 | \$5個人 \$2團體 \$0 |
| 藥物依賴服務 診所大樓內 醫院內（僅限解毒） | 個人\$5 \$0 |
| 其他 特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) ⁶ 特定假體及矯形裝置 眼科（視力矯正器） ⁷ 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% \$0 \$150補助 \$0 \$0 \$0 |

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。

²排定的產前就診和第一次產後就診

³兒童健康就診（0~23個月）

⁴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》。

⁵免賠額不適用於此服務。

⁶DME的最高允許額上限為\$2,000。

⁷補助適用於眼鏡鏡片、鏡框，以及隱形鏡片配驗及配鏡的成本，每24個月提供一次