

PLATINUM 90 HMO 0/10* + CHILD DENTAL ALT†

Copay HMO Plan

計劃名稱中的「ALT」簡寫是表示Kaiser Permanente擬定了「替代」計劃以用於補充Covered California為小型企業所提供的計劃。替代計劃有Platinum、Gold及Silver等級，並為擁有1-100名員工的小型企業提供範圍更廣泛的計劃福利，包括脊柱神經治療／針灸。

| 特點 | 會員支付 |
|---|---|
| 計劃免賠額 | \$0 |
| 自付上限 內嵌 | 個人 — \$3,000 ^{1,2} 家庭 — \$6,000 ^{1,2} |
| 診所內 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） | \$10 \$10 \$20 \$0 ³ \$0 ⁴ \$0 ⁴ \$0 ⁵ \$5 不承保 ⁶ \$10 \$20 \$40 \$150 \$300 |
| 急診服務 急診部就診（若直接住院則免除） 救護車 | \$200 \$150 |
| 處方藥 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） | \$5 ⁷ \$15 ⁷ 每份處方10%，以\$250為上限 ⁷ |
| 醫院醫護服務 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） | 每次住院\$500 每次住院\$250 |
| 精神健康服務 診所內 醫院內 | \$10 每次住院\$500 |
| 藥物依賴服務 診所內 醫院內（僅限解毒） | \$10 每次住院\$500 |
| 其他 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） 特定假體及矯形裝置 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 每次就診\$15（每年合計20次就診） 10% ⁸ \$0 每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ⁹ \$0 \$175補助 ¹⁰ \$0 \$0 \$0 |

¹本計劃有內嵌的自付上限。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。

²自付上限是個人或家庭在一年中必須為某些服務支付的金額上限。

³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。

⁴排定的產前就診和第一次產後就診。

⁵兒童保健就診提供至23個月大為止。

⁶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。

⁷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（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）。

⁸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。

⁹針對未滿19歲的兒童提供1副眼鏡，樣式有限。

¹⁰補助適用於眼鏡鏡片、鏡框，以及隱形眼鏡配驗及配鏡的費用，每24個月提供一次。

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皆不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。