

PLATINUM 90 PPO 0/15 + CHILD DENTAL

特點	合約保健業者等級 (網絡內) ¹	非合約保健業者等級 (網絡外) ¹
	會員支付	會員支付
計劃免賠額 內嵌	\$0	個人 — \$500 ² 家庭 — \$1,000 ²
自付上限 內嵌	個人 — \$4,500 ³ 家庭 — \$9,000 ³	個人 — \$9,000 ^{2,3} 家庭 — \$18,000 ^{2,3}
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 大多數磁共振造影 (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）	\$15 \$15 \$30 \$0 ⁴ \$0 ^{5,6,7} \$0 ⁵ \$0 10% 50% ⁸ \$15 \$15 \$30 10% 10%	30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後） 30% ⁴ 30% ^{5,6,7} 30% ⁵ 30% 30%（達到計劃免賠額後） 不承保 30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後）
急診服務 急診部就診（若直接住院則免除） 救護車	\$150 \$150	\$150 \$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 ^{9,10} \$15 ^{9,10} 每份處方10%，以\$250為上限 ¹⁰
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）	10% 10%	30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後）
精神健康服務 診所內 醫院內	\$15 10%	30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後）
藥物依賴服務 診所內 醫院內（僅限解毒）	\$15 10%	30%（達到計劃免賠額後） 30%（達到計劃免賠額後）
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 （僅限針灸服務） 10% ^{11,12} 10% 每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹³ \$0 不承保 \$0 10% ¹⁴ \$0	\$0 每次就診30%（達到計劃免賠額後） （僅限針灸服務） 30%（達到計劃免賠額後） ^{11,12} 30%（達到計劃免賠額後） 10%（達到計劃免賠額後） ¹³ \$0（達到計劃免賠額後） 不承保 不承保 30%（達到計劃免賠額後） ¹⁴ 30%（達到計劃免賠額後）

(續)

(續上頁)

- ¹給付是以承保服務的最高允許收費上限為依據。最高允許收費上限意指下列費用較低者：一般、慣常及合理費用；議定費率；或實際帳單費用。最高允許收費上限可能會低於保業者實際收取的金額。受保人可能需負責支付超過承保服務最高允許收費上限的任何金額。
- ²本計劃含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。
- ³計入非合約保業者等級自付上限的承保服務費用不會累積計入合約保業者等級的自付上限。同樣地，計入合約保業者等級自付上限的承保服務費用不會累積計入非合約保業者等級的自付上限。如欲瞭解自付上限的完整資訊，請參閱您的*Certificate of Insurance*（保險證明）。
- ⁴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。
- ⁵排定的產前就診和第一次產後就診。
- ⁶根據《平價醫療法案》(Affordable Care Act, ACA) 規定承保例行性產前護理診所就診。此項服務包括初診及後續門診的記錄、體檢、體重記錄、血壓、胎兒心音及例行驗尿。
- ⁷生產和母嬰住院護理均屬於您住院服務福利的承保範圍。如欲瞭解生產服務的完整資訊，請參閱您的*KPIC Certificate of Insurance*。
- ⁸由合約保業者所提供之不孕症治療服務的福利限每年給付\$1,000。不孕症服務包括輸卵管內精卵植入術 (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT)。人工受孕不屬於承保範圍。不孕症診斷的福利給付將會比照任何其他疾病的方式承保。
- ⁹如果受保人要求的品牌藥同時也有非品牌藥可供使用，則受保人須負擔品牌藥共付額，以及非品牌藥與品牌藥之間的差額。
- ¹⁰您的計劃有開放式無限制性的承付藥物手冊；但是特定的處方藥可能不在承保範圍內。請參閱您的*KPIC Certificate of Insurance*，以查看完整的限制和不受保項目清單。不論您的保業者是誰，您都必須在MedImpact藥房配領處方藥。請致電**800-788-2949**向MedImpact查詢合約藥房。
- ¹¹基本和補充的DME均可獲得承保。對於合約保業者和非合約保業者提供的服務，補充的DME有每年合計最高\$2,000的福利限制，但是糖尿病檢測用品和設備除外。
- ¹²糖尿病設備與用品僅限靜脈注射器具和供外接式胰島素幫浦用的附針頭注射器、測試條、採血針、皮膚保護器具、皮膚遮膠片和透明薄膜式敷料。共保額是以實際帳單費用金額為依據，不受每年DME上限\$2,000的限制。
- ¹³針對未滿19歲的兒童提供1副眼鏡，樣式有限。
- ¹⁴限額不適用於物理治療師、職業病治療師和言語治療師的居家探訪。

這僅是一份福利摘要，內容可能有變更。 KFHP《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 以及*KPIC Certificate of Insurance*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。