

## \$0/\$2,000 GRANDFATHERED (NONMETAL)

### HSA-QUALIFIED DEDUCTIBLE HMO PLAN

| 特點  | 會員支付   |
|---|--|
| <b>計劃免賠額</b>  | 個人 — \$2,000 <sup>1</sup><br>家庭 — \$4,000 <sup>1</sup>     |
| <b>自付上限</b>   | 個人 — \$3,500 <sup>1,2</sup><br>家庭 — \$7,000 <sup>1,2</sup> |
| <b>累計</b>   |  |
| <b>診所內</b>  |  |
| 基本護理就診  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 緊急醫護就診  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 專科診所就診  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 預防性檢查、疫苗 (免疫接種)   | \$0  |
| 產前護理  | \$0 <sup>3</sup>   |
| 產後護理  | \$0 <sup>3</sup> (達到計劃免賠額後)                                |
| 兒童預防保健就診  | \$0 <sup>4</sup>   |
| 過敏注射  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 不孕症服務   | 不承保 <sup>5</sup>   |
| 物理治療、職業病治療和言語治療   | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 大多數化驗檢測   | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 大多數X光檢查和診斷檢測  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 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 | \$50 (達到計劃免賠額後)  |
| 門診手術 (每項手術程序)   | \$150 (達到計劃免賠額後)   |
| <b>急診服務</b>   |  |
| 急診部就診<br>(若直接住院則免除)   | \$100 (達到計劃免賠額後)   |
| 救護車   | \$100 (達到計劃免賠額後)   |
| <b>處方藥</b>  |  |
| 非品牌藥<br>(最多30天藥量)   | \$10 (達到計劃免賠額後) <sup>6</sup>                               |
| 品牌藥<br>(最多30天藥量)  | \$30 (達到計劃免賠額後) <sup>6</sup>                               |
| 專科藥物<br>(最多30天藥量)   | \$30 (達到計劃免賠額後) <sup>6</sup>                               |
| <b>醫院醫療護理</b>   |  |
| 醫生服務、食宿、檢測、藥物、用品、治療、生產服務  | 每天\$300 (達到計劃免賠額後)   |
| 專業護理院醫療護理<br>(每個福利期最多100天)  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| <b>精神健康服務</b>   |  |
| 診所內   | 個人\$0 (達到計劃免賠額後)<br>團體\$0 (達到計劃免賠額後)                       |
| 醫院內   | 每天\$300 (達到計劃免賠額後)   |
| <b>藥物依賴服務</b>   |  |
| 診所內   | 個人\$0 (達到計劃免賠額後)<br>團體\$0 (達到計劃免賠額後)                       |
| 醫院內 (僅限解毒)  | 每天\$300 (達到計劃免賠額後)   |
| <b>其他</b>   |  |
| 遠距看診  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 脊柱神經治療和針灸   | 醫生轉介的針灸 每次就診\$0 (達到計劃免賠額後)<br>不承保脊柱神經治療                    |
| 特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)<br>(僅限基本器材)   | \$0 (達到計劃免賠額後) <sup>7</sup>                                |
| 特定假體及矯形裝置   | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 兒童眼科 (視力矯正器)  | 不承保 <sup>8</sup>   |
| 兒童視力檢查  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 成人眼科 (視力矯正器)  | 不承保 <sup>8</sup>   |
| 成人視力檢查 (眼部屈光)   | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 居家健康護理 (每年最多100次探訪)   | \$0 (達到計劃免賠額後)   |
| 安寧護理  | \$0 (達到計劃免賠額後)   |

(續上頁)

Kaiser Permanente計劃並未包含原有病症條款。

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 [account.kp.org](https://account.kp.org) (英文)。

<sup>1</sup>這是一項單一累計型計劃。若是2人或2人以上的家庭，家庭免賠額將適用於整個家庭。達到家庭免賠額後（一個家庭成員或多個家庭成員合計），這個家庭就符合支付共付額或共保額的資格。相同方式也適用於自付上限。

<sup>2</sup>自付上限是個人或家庭在一個日曆年度內將需為特定服務支付的金額上限。

<sup>3</sup>排定的產前就診和第一次產後就診

<sup>4</sup>兒童保健就診（至23個月大為止）

<sup>5</sup>可在支付額外費用後將不孕症福利加入本計劃。請與您的經紀人或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得進一步資訊。

<sup>6</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；有關處方藥共付額的詳細資訊，請參閱《承保範圍說明書》。

<sup>7</sup>請參閱《承保範圍說明書》，以瞭解DME福利包括哪些項目的資訊。承保範圍有限。

<sup>8</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、促銷或套裝式視力矯正器計劃、任何隱形眼鏡延伸購買協議或弱視輔具或裝置。請瀏覽[kp2020.org](https://kp2020.org) (英文)，以查看Kaiser Permanente的驗光中心地點。

**這僅是一份福利摘要，內容可能會有變更。** KFHP《承保範圍說明書》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，亦非《承保範圍說明書》或*Certificate of Insurance*。