

# BRONZE 60 HMO 6300/65\* + CHILD DENTAL

## Deductible HMO Plan

特點	會員支付
<b>計劃免賠額</b> 內嵌	個人 — \$6,300 <sup>1</sup> 家庭 — \$12,600 <sup>1</sup>
<b>自付上限</b> 內嵌	個人 — \$8,200 <sup>1,2</sup> 家庭 — \$16,400 <sup>1,2</sup>
<b>診所內</b>	
基本護理就診	\$65 (達到計劃免賠額後) <sup>3</sup>
緊急醫護就診	\$65 (達到計劃免賠額後) <sup>3</sup>
專科診所就診	\$95 (達到計劃免賠額後) <sup>3</sup>
預防性檢查、疫苗 (免疫接種)	\$0 <sup>4</sup>
產前護理	\$0 <sup>5</sup>
產後護理	\$0 <sup>5</sup>
兒童預防保健就診	\$0 <sup>6</sup>
過敏注射	每次就診\$5 (達到計劃免賠額後)
不孕症服務	不承保 <sup>7</sup>
物理治療、職業病治療和言語治療	\$65
大多數化驗檢測	\$40
大多數X光檢查和診斷檢測	40% (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	40% (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	40% (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)	40% (達到計劃免賠額後)
救護車	40% (達到計劃免賠額後)
<b>處方藥</b>	
非品牌藥 (最多30天藥量)	\$18 (達到藥物免賠額\$500後) <sup>8</sup>
品牌藥 (最多30天藥量)	每份處方40%，最多\$500 (達到藥物免賠額\$500後) <sup>8</sup>
專科藥物 (最多30天藥量)	每份處方40%，最多\$500 (達到藥物免賠額\$500後) <sup>8</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	40% (達到計劃免賠額後)
專業護理院醫療護理 (每個福利期最多100天)	40% (達到計劃免賠額後)
<b>精神健康服務</b>	
診所內	\$65 (達到計劃免賠額後) <sup>3</sup>
醫院內	40% (達到計劃免賠額後)
<b>藥物依賴服務</b>	
診所內	\$65 (達到計劃免賠額後) <sup>3</sup>
醫院內 (僅限解毒)	40% (達到計劃免賠額後)
<b>其他</b>	
遠距看診	\$0
脊柱神經治療和針灸	醫生轉介的針灸每次就診\$65 (達到計劃免賠額後) ; 不承保脊柱神經治療
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	40% (達到計劃免賠額後) <sup>9</sup>
特定假體及矯形裝置	\$0
兒童眼科 (視力矯正器)	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 <sup>10</sup>
兒童視力檢查	\$0
成人眼科 (視力矯正器)	不承保 <sup>11</sup>
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0
居家健康護理 (每年最多100次探訪)	40% (達到計劃免賠額後)
安寧護理	\$0

(續上頁)

<sup>1</sup>本計劃有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內將需為特定服務支付的金額上限。

<sup>3</sup>前3次就診免除免賠額，非預防性基本護理、專科護理、其他執業人員的醫護服務、緊急醫護以及精神／行為健康和藥物濫用障礙門診服務合併計算。

<sup>4</sup>預防性化驗檢測、X光檢查及免疫接種屬於預防性檢查的承保範圍。

<sup>5</sup>排定的產前就診和第一次產後就診。

<sup>6</sup>兒童保健就診（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。請與您的經紀人或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得進一步資訊。

<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）或致電會員服務聯絡中心，以瞭解承付藥物手冊的相關資訊，包括專科等級的藥物。

<sup>9</sup>基本和補充的DME均可獲得承保。補充的DME服務每年有合計最高\$2,000的福利上限。請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage)，以瞭解DME福利包括哪些項目的資訊。

<sup>10</sup>未滿19歲。1副眼鏡，款式有限。

<sup>11</sup>Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente驗光中心購買眼鏡和隱形眼鏡可享有折扣。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](http://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*。