

\$30 GRANDFATHERED (NONMETAL)

COPAY HMO PLAN

特點	會員支付
計劃免賠額	\$0
自付上限	個人 — \$3,000 ¹ 家庭 — \$6,000 ¹
診所內	
基本護理就診	\$30
緊急醫護就診	\$30
專科診所就診	\$30
預防性檢查、疫苗（免疫接種）	\$0 ²
產前護理	\$0 ³
產後護理	\$0 ³
兒童預防保健就診	\$0 ⁴
過敏注射	每次就診\$5
不孕症服務	不承保 ⁵
物理治療、職業病治療和言語治療	\$30
大多數化驗檢測	\$10
大多數X光檢查和診斷檢測	\$10
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
門診手術（每項手術程序）	\$200
急診服務	
急診部就診 （若直接住院則免除）	\$100
救護車	\$75
處方藥	
非品牌藥 （最多100天藥量）	\$10 ⁶
品牌藥 （最多100天藥量）	\$35（達到藥房免賠額\$250後） ⁶
專科藥物 （最多30天藥量）	\$35（達到藥房免賠額\$250後） ⁶
醫院醫療護理	
醫生服務、食宿、檢測、藥物、用品、治療、生產服務	每天\$400
專業護理院醫療護理 （每個福利期最多100天）	\$0
精神健康服務	
診所內	個人\$30 團體\$15
醫院內	每天\$400
藥物依賴服務	
診所內	個人\$30 團體\$5
醫院內（僅限解毒）	每天\$400
其他	
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\$30；不承保脊柱神經治療
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) （僅限基本器材）	50% ⁷
特定假體及矯形裝置	\$0
兒童眼科（視力矯正器）	不承保 ⁸
兒童視力檢查	\$0
成人眼科（視力矯正器）	不承保 ⁸
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）	\$0
安寧護理	\$0

(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 (英文)。

¹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。

²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。

³排定的產前就診和第一次產後就診

⁴兒童保健就診 (至23個月大為止)

⁵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。

⁶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》。

⁷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。

⁸Kaiser 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 (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*。