

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

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	個人 — \$3,000 ^{1,2}
內嵌	家庭 — \$6,000 ^{1,2}
診所內	
基本護理就診	\$10
緊急醫護就診	\$10
專科診所就診	\$20
預防性檢查、疫苗（免疫接種）	\$0 ³
產前護理	\$0 ⁴
產後護理	\$0 ⁴
兒童預防保健就診	\$0 ⁵
過敏注射	每次就診\$5
不孕症服務	50%
物理治療、職業病治療和言語治療	\$10
大多數化驗檢測	\$20
大多數X光檢查和診斷檢測	\$40
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	\$150
門診手術（每項手術程序）	\$300
急診服務	
急診部就診 （若直接住院則免除）	\$200
救護車	\$150
處方藥	
非品牌藥 （最多30天藥量）	\$5 ⁶
品牌藥 （最多30天藥量）	\$15 ⁶
專科藥物 （最多30天藥量）	每份處方10%，最多\$250 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	每次住院\$500
專業護理院醫療護理 （每個福利期最多100天）	每次住院\$250
精神健康服務	
診所內	\$10
醫院內	每次住院\$500
藥物依賴服務	
診所內	\$10
醫院內（僅限解毒）	每次住院\$500
其他	
遠距看診	\$0
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15 （每年合計20次就診）
特定耐用醫療器材（Durable Medical Equipment, DME） （補充與基本器材）	10% ⁷
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 ⁸
兒童視力檢查	\$0
成人眼科（視力矯正器）	\$175補助 ⁹
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)

¹本計劃有內嵌的自付上限。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。

²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。

³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。

⁴排定的產前就診和第一次產後就診。

⁵兒童保健就診（至23個月大為止）。

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。請瀏覽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。

⁷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。

⁸未滿19歲。1副眼鏡，款式有限。

⁹補助適用於眼鏡鏡片、鏡框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*。