

PLATINUM 90 PPO 0/15 + CHILD DENTAL

特點	合約保健業者層級 (網絡內) ¹	非合約保健業者層級 (網絡外) ¹
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	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
緊急醫護就診	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
專科診所就診	\$30	30% (達到計劃免賠額後)
預防性檢查、疫苗 (免疫接種)	\$0 ⁴	30% ⁴
產前護理	\$0 ^{5,6,7}	30% ^{5,6,7}
產後護理	\$0 ⁵	30% ⁵
兒童預防保健就診	\$0	30%
過敏注射	每次就診10%	每次就診30% (達到計劃免賠額後)
不孕症服務	50% ⁸	不承保
物理治療、職業病治療和言語治療	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
大多數X光檢查和診斷檢測	\$30	30% (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	10%	30% (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	10%	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)	\$200	\$200
救護車	\$150	\$150
處方藥		
非品牌藥 (最多30天藥量)		\$10 ^{9,10}
品牌藥 (最多30天藥量)		\$25 ^{9,10}
專科藥物 (最多30天藥量)		每份處方10%，最多\$250 ¹⁰
醫院住院護理		
醫生服務、食宿、檢測、 藥物、用品、治療、生產服務	10%	30% (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)	10%	30% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務		
門診 (診所內)	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內)	10%	30% (達到計劃免賠額後)
物質濫用障礙服務		
門診 (診所內)	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內) - 僅限解毒	10%	30% (達到計劃免賠額後)
其他		
遠距看診	\$0	\$0
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15 (僅限針灸服務)	每次就診30% (達到計劃免賠額後) (僅限針灸服務)
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	10% ^{11,12}	30% (達到計劃免賠額後) ^{11,12}
特定假體及矯形裝置	10%	30% (達到計劃免賠額後)
兒童眼科 (視力矯正器)	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹³	10% (達到計劃免賠額後) ¹³
兒童視力檢查	\$0	\$0 (達到計劃免賠額後)
成人眼科 (視力矯正器)	不承保	不承保
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	不承保
居家健康護理 (每年最多100次家訪)	10% ¹⁴	30% (達到計劃免賠額後) ¹⁴
安寧護理	\$0	30% (達到計劃免賠額後)

(續下頁)

(續上頁)

- ¹給付是以承保服務的許可收費上限為依據。許可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。許可收費上限可能少於保健業者實際請款的費用。受保人可能需負責支付超過承保服務許可收費上限的任何金額。
- ²本計劃有內嵌的免賠額和自付上限。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。
- ³計入非合約保健業者層級自付上限的承保費用不會累積計入合約保健業者層級的自付上限。同樣地，計入合約保健業者層級自付上限的承保費用不會累積計入非合約保健業者層級的自付上限。如需完整瞭解自付上限，請參閱您的*Certificate of Insurance*（保險證明）。
- ⁴預防性化驗、X光檢查及免疫接種屬於預防性檢查的承保範圍。
- 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) 規定承保例產前護理診所就診。此項服務包括初診及後續門診的記錄、身體檢查、記錄體重、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。如需完整瞭解生產服務，請參閱您的KPIC *Certificate of Insurance*。
- ⁸不孕症治療的福利給付限每年\$1,000，服務需由合約保健業者提供。不孕症服務包括輸卵管內精卵植入術 (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT)。體外受精不屬於承保範圍。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，外加非品牌藥與品牌藥之間的費用差額。
- ¹⁰您的計劃有開放式無限限制的承付藥物手冊；但是，特定處方藥可能不在承保範圍內。請參閱您的KPIC *Certificate of Insurance*，以獲得完整的限制和不受保項目清單。不論您使用什麼保健業者，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。對於合約保健業者和非合約保健業者提供的服務，補充的DME有每年合計最高\$2,000的福利上限，但是糖尿病測試用品和器材除外。
- ¹²糖尿病器材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、試紙、採血針、皮膚保護器具、皮膚適除膠片和透明薄膜式敷料。共保額是以實際帳單費用為依據，不受每年DME上限\$2,000的限制。
- ¹³未滿19歲。1副眼鏡，款式有限。
- 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。

這僅是一份福利總結且內容可能有變更。 KFHP《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 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。