

KAISER PERMANENTE \$40/\$2,000 DEDUCTIBLE HMO PLAN

特點	會員支付
日曆年度免賠額¹ 個人/家庭	\$2,000/\$4,000
藥房日曆年度免賠額	不適用
年度自付上限^{1,2} 個人/家庭	\$4,500/\$9,000
診所內 診所就診 ³ 預防性檢查 ³ 妊娠/產前護理 ^{3,4} 兒童預防保健就診 ^{3,5} 疫苗(免疫接種) ³ 過敏注射 不孕症服務 職業病治療、物理治療和言語治療 大多數化驗與造影 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 門診手術	\$40 \$0 \$0 \$0 \$0 \$5(達到免賠額後) 不承保 ⁶ \$40(達到免賠額後) \$10(達到免賠額後) \$50(達到免賠額後) 30%(達到免賠額後)
急診服務 急診部就診(若直接住院則免除) 救護車	30%(達到免賠額後) \$100(達到免賠額後)
處方藥^{3,7} 非品牌藥 品牌藥	(最多30天藥量) \$10 \$35
醫院醫療護理 醫生服務、食宿、檢測、藥物、用品、治療 專業護理院醫療護理(每個福利期最多60天)	每次住院30%(達到免賠額後) 每次住院30%(達到免賠額後)
精神健康服務 診所內 ³ 醫院內	\$40(個人治療) \$20(團體治療) 每次住院30%(達到免賠額後)
藥物依賴服務 診所內 ³ 醫院內(僅限解毒)	\$40(個人治療) 每次住院30%(達到免賠額後)
其他 特定耐用醫療器材(Durable Medical Equipment, DME) ⁸ 特定假體及矯形裝置 眼科(視力矯正器) ⁹ 視力檢查 ³ 居家健康護理(每日曆年度最多100次兩小時探訪) ³ 安寧護理 ³	30% \$0 不承保 \$0 \$0 \$0

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businessnet.kp.org(英文)。

¹這是一項內嵌式計劃。若是兩人或兩人以上的家庭，個人免賠額將成為家庭免賠額的一部分。在每位家庭成員達到其個人免賠額或整個家庭合計達到家庭免賠額之後，每位家庭成員便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。

²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。

³免賠額不適用於此服務。

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。

⁷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》。

⁸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。

⁹Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente驗光中心購買眼鏡和隱形眼鏡可享有八折折扣。這些折扣不得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。