

BRONZE 60 HMO 5400/60* + CHILD DENTAL ALT[†]

Deductible 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	
內嵌	個人 — \$5,400 ¹ 家庭 — \$10,800 ¹
自付上限	
內嵌	個人 — \$8,200 ^{1,2} 家庭 — \$16,400 ^{1,2}
診所內	
基本護理就診	\$60 (達到計劃免賠額後) ³
緊急醫護就診	\$60 (達到計劃免賠額後) ³
專科診所就診	\$80 (達到計劃免賠額後) ³
預防性檢查、疫苗 (免疫接種)	\$0 ⁴
產前護理	\$0 ⁵
產後護理	\$0 ⁵
兒童預防保健就診	\$0 ⁶
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 ⁷
物理治療、職業病治療和言語治療	\$65
大多數化驗檢測	\$30 (達到計劃免賠額後)
大多數X光檢查和診斷檢測	50% (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	50% (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	50% (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)	50% (達到計劃免賠額後)
救護車	50% (達到計劃免賠額後)
處方藥	
非品牌藥 (最多30天藥量)	\$20 ⁸
品牌藥 (最多30天藥量)	每份處方50%，最多\$500 (達到計劃免賠額後) ⁸
專科藥物 (最多30天藥量)	每份處方50%，最多\$500 (達到計劃免賠額後) ⁸
醫院醫療護理	
醫生服務、食宿、檢測、 藥物、用品、治療、生產服務	50% (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)	50% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務	
診所內	\$60 (達到計劃免賠額後) ³
醫院內	50% (達到計劃免賠額後)
藥物依賴服務	
診所內	\$60 (達到計劃免賠額後) ³
醫院內 (僅限解毒)	50% (達到計劃免賠額後)
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)	50% (達到計劃免賠額後) ⁹
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 ¹⁰
兒童視力檢查	\$0
成人眼科 (視力矯正器)	不承保 ¹¹
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)	50% (達到計劃免賠額後)
安寧護理	\$0

(續上頁)

¹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。

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。

⁴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。

⁵排定的產前就診和第一次產後就診。

⁶兒童保健就診（至23個月大為止）。

⁷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。

⁸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。

⁹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。

¹⁰未滿19歲。1副眼鏡，款式有限。

¹¹Kaiser 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（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*。