

BRONZE 60 HDHP HMO 4800/40%* + CHILD DENTAL

HSA-qualified High Deductible Health Plan (HSA可經Kaiser Permanente管理)

特點	會員支付
計劃免賠額 內嵌	個人 — \$4,800 ¹ 家庭 — \$9,600 ¹
自付上限 內嵌	個人 — \$6,550 ^{1,2} 家庭 — \$13,100 ^{1,2}
診所大樓內 基本護理就診 緊急醫護就診 專科門診 預防性檢驗、疫苗（免疫注射） 產前護理 產後護理 兒童健康預防性護理就診 敏感注射 不孕症服務 物理治療、職業病治療及言語治療 大部分的化驗 大多數X光檢查和診斷測試 大多數磁共振造影 (MRI) / 電腦斷層造影 (CT) / 正子斷層造影 (PET) 掃描 門診外科手術（每項外科診療）	40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後） \$0 ³ \$0 ⁴ \$0（達到計劃免賠額後） ⁵ \$0 ⁶ 40%（達到計劃免賠額後） 未承保 ⁷ 40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後）
急診服務 急診部就診（若直接入院則免收） 救護車	40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後）
處方藥 非品牌藥（最多30天藥量） 品牌藥（最多30天藥量） 專科藥物（最多30天藥量）	每份處方40%，最多\$500（達到計劃免賠額後） ⁸ 每份處方40%，最多\$500（達到計劃免賠額後） ⁸ 每份處方40%，最多\$500（達到計劃免賠額後） ⁸
醫院醫護 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生育服務 專業護理院醫療護理（每個理賠期最多100天）	40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後）
精神健康服務 診所大樓內 醫院內	40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後）
藥物依賴服務 診所大樓內 醫院內（僅限解毒）	40%（達到計劃免賠額後） 40%（達到計劃免賠額後）
其他 脊柱神經治療和針灸 特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)（僅限基本器材） 特定假體及矯形裝置 兒童眼科（視力矯正器） 兒童視力檢查 成人眼科（視力矯正器） 成人視力檢查（眼部屈光） 居家健康護理（每年最多100次探訪） 安寧護理	醫生轉介的針灸每次就診40%（達到計劃免賠額後）；不承保脊柱神經治療 40%（達到計劃免賠額後） ⁹ \$0（達到計劃免賠額後） 每年1副眼鏡或隱形鏡片 ¹⁰ \$0 未承保 ¹¹ \$0 40%（達到計劃免賠額後） \$0（達到計劃免賠額後）

¹本計劃含內嵌免賠額和自付上限。每個家庭成員在達到個人免賠額或自付上限（視理賠而定），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額。

²自付上限是個人或家庭在一年中必須為所有承保服務支付的金額上限。

³預防性化驗、X光檢查及免疫注射做為預防性檢驗的一部分屬於承保範圍。

⁴排定的產前就診。

⁵僅免費承保首次產後就診。

⁶兒童健康就診（0-23個月）。

⁷可在支付額外費用後將不孕症理賠加入本計劃。請與您的保險經紀或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得更多資訊。

⁸由計劃醫生開處方並在計劃藥房取得的處方藥，皆按照我們的保險承付藥物手冊以承保。少數藥物有不同的共付額。

請瀏覽kp.org/formulary（英文）或致電我們的會員服務聯絡中心，瞭解我們保險承付藥物手冊的資訊（包括專科等級的藥物）。

⁹請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage)，以取得DME理賠包括哪些項目的資訊。承保範圍有限。

¹⁰未滿19歲。

¹¹Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente配鏡中心購買眼鏡和隱形鏡片，可享受八折優惠。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、任何隱形鏡片延伸購買協議，或弱視輔具或裝置。請瀏覽kp2020.org（英文），瞭解Kaiser Permanente的配鏡中心地點。

本文件僅是理賠摘要且可能有變更。KFHP《承保範圍說明書》以及KPIC Certificate of Insurance（保險證明）包含對各項理賠、不受保項目與限制的完整說明。本手冊提供的資訊無意用作說明每個計劃所包含的全部理賠項目，亦不作為《承保範圍說明書》或Certificate of Insurance之用。