

BRONZE 60 HMO 6300/75* + CHILD DENTAL**Deductible HMO Plan**

特點	會員支付
計劃免賠額 內嵌	個人 — \$6,300 ^{1,2} 家庭 — \$12,600 ^{1,2}
自付上限 內嵌	個人 — \$7,000 ^{1,3} 家庭 — \$14,000 ^{1,3}
診所大樓內 基本護理就診 緊急醫護就診 專科門診 預防性檢查、疫苗（免疫） 產前護理 產後護理 兒童健康預防性護理就診 過敏注射 不孕症服務 物理治療、職業病治療和言語治療 大多數化驗 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）	\$75（達到計劃免賠額後） ⁴ \$75（達到計劃免賠額後） ⁴ \$105（達到計劃免賠額後） ⁴ \$0 ⁵ \$0 ⁶ \$0 ⁶ \$0 ⁷ \$5（達到計劃免賠額後） 未承保 ⁸ \$75 \$40 100%（最高達到自付上限） ² 100%（最高達到自付上限） ² 100%（最高達到自付上限） ²
急診服務 急診部就診（若直接入院則免收） 救護車	100%（最高達到自付上限） ² 100%（最高達到自付上限） ²
處方 非品牌藥（最多30天藥量） 品牌藥（最多30天藥量） 專用藥（最多30天藥量）	每次處方100%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500後） ⁹ 每次處方100%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500後） ⁹ 每次處方100%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500後） ⁹
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）	100%（最高達到自付上限） ² 100%（最高達到自付上限） ²
精神健康服務 診所大樓內 醫院內	\$75（達到計劃免賠額後） ⁴ 100%（最高達到自付上限） ²
藥物依賴服務 診所大樓內 醫院內（僅限解毒）	\$75（達到計劃免賠額後） ⁴ 100%（最高達到自付上限） ²
其他 脊柱神經治療和針灸 某些耐用醫療器材(DME)（僅限基本器材） 某些假體及矯形裝置 兒童視力（眼鏡） 兒童視力檢查 成人視力（眼鏡） 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\$75（達到計劃免賠額後） ⁴ ；未承保脊柱神經治療 100%（最高達到自付上限） ^{2,10} \$0 每年1副眼鏡或隱形鏡片 ¹¹ \$0 未承保 ¹² \$0 100%（最高達到自付上限） ² \$0

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即使已達到免賠額，會員仍須為特定的理賠支付100%共保額，直至達到自付上限為止。達到自付上限後，承保服務將不用收費。

³自付上限是個人或家庭在一年中必須為某些服務支付的金額上限。

⁴若為非預防性基本護理、專科醫療護理、其他執業人員的醫護服務、緊急醫護，以及精神/行為健康和藥物使用障礙門診服務，最初3次合計就診免收免賠額。

⁵做為預防性檢驗的一部分，預防性化驗、X光檢查及免疫注射屬於承保範圍。

⁶排定的產前就診和第一次產後就診。

⁷兒童健康就診（0-23個月）。

⁸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。

⁹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予以承保。少數藥物有不同的共付額。請瀏覽kp.org/formulary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（包括專科層級的藥物）。

¹⁰請參閱《承保範圍說明書》（Evidence of Coverage），獲取DME理賠所包含項目的資訊。承保範圍有限。

¹¹未滿19歲。

¹²Kaiser 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。