

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

特點	會員支付
<b>計劃免賠額</b> 內嵌	個人 — \$6,300 <sup>1,2</sup> 家庭 — \$12,600 <sup>1,2</sup>
<b>自付上限</b> 內嵌	個人 — \$7,000 <sup>1,3</sup> 家庭 — \$14,000 <sup>1,3</sup>
<b>診所大樓內</b> 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）	\$75（達到計劃免賠額後） <sup>4</sup> \$75（達到計劃免賠額後） <sup>4</sup> \$105（達到計劃免賠額後） <sup>4</sup> \$0 <sup>5</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0 <sup>7</sup> \$5（達到計劃免賠額後） 50%（不承保人工受孕 (In Vitro Fertilization, IVF)） \$75 \$40 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup> 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup> 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup>
<b>急診服務</b> 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） <sup>2</sup> 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup>
<b>處方藥</b> 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100%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500後） <sup>8</sup> 每份處方100%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500後） <sup>8</sup> 每份處方100%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500後） <sup>8</sup>
<b>醫院醫護</b> 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） <sup>2</sup> 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup>
<b>精神健康服務</b> 診所大樓內 醫院內	\$75（達到計劃免賠額後） <sup>4</sup> 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup>
<b>藥物依賴服務</b> 診所大樓內 醫院內（僅限解毒）	\$75（達到計劃免賠額後） <sup>4</sup> 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup>
<b>其他</b> 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\$75（達到計劃免賠額後） <sup>4</sup> ；不承保脊柱神經治療 100%（最高達到自付上限） <sup>2,9</sup> \$0 每年1副眼鏡或隱形鏡片 <sup>10</sup> \$0 未承保 <sup>11</sup> \$0 100%（最高達到自付上限） <sup>2</sup> \$0

<sup>1</sup>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。

<sup>2</sup>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。

<sup>3</sup>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。

<sup>4</sup>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次就診免收免賠額，就診次數合併計算。

<sup>5</sup>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。

<sup>6</sup>排定的產前就診和第一次產後就診。

<sup>7</sup>兒童健康就診（0~23個月）。

<sup>8</sup>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](http://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）。

<sup>9</sup>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。

<sup>10</sup>未滿19歲。

<sup>11</sup>Kaiser 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](http://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》(Evidence of Coverage)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。