

# BRONZE 60 PPO 6300/75 + CHILD DENTAL

合約保健業者等級  
(網絡內)<sup>1</sup>

非合約保健業者等級  
(網絡外)<sup>1</sup>

特點	會員支付	會員支付
<b>計劃免賠額</b> 內嵌	個人 — \$6,300 <sup>2,3</sup> 家庭 — \$12,600 <sup>2,3</sup>	個人 — \$12,600 <sup>2</sup> 家庭 — \$25,200 <sup>2</sup>
<b>自付上限</b> 內嵌	個人 — \$7,000 <sup>2,4</sup> 家庭 — \$14,000 <sup>2,4</sup>	個人 — \$14,000 <sup>2,4</sup> 家庭 — \$28,000 <sup>2,4</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) <sup>5</sup> \$75(達到計劃免賠額後) <sup>5</sup> \$105(達到計劃免賠額後) <sup>5</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0 <sup>7,8,9</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3,10</sup> \$75 \$40 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>	100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 40% <sup>7</sup> 40% <sup>8,9,10</sup> 40% <sup>8</sup> 40% 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 未承保 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</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>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>	100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>
<b>處方</b> 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) <sup>11,12</sup> 每次處方100%,最多\$500(達到藥物免賠額\$500後) <sup>11,12</sup> 每次處方100%,最多\$500(達到藥物免賠額\$500後) <sup>11</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>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>	100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</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>5</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>	100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</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>5</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>	100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>
<b>其他</b> 脊柱神經治療和針灸  某些耐用醫療器材(DME)(補充與基本器材) 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	每次就診\$75(達到計劃免賠額後) <sup>5</sup> (僅限針灸服務) 100%(最高達到自付上限) <sup>3,13,14</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 每年1副眼鏡或隱形鏡片 <sup>15</sup> \$0 未承保 \$0 100%(最高達到自付上限) <sup>3,16</sup> \$0	每次就診100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> (僅限針灸服務) 100%(最高達到自付上限) <sup>3,13,14</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3,15</sup> \$0(達到計劃免賠額後) 未承保 未承保 100%(最高達到自付上限) <sup>3,16</sup> 100%(最高達到自付上限) <sup>3</sup>

(續)

(續上頁)

- <sup>1</sup>給付是以承保服務的允許收費上限為依據。允許收費上限意指下列費用較低者：一般、慣常及合理收費；議定費率；或實際帳單收費。允許收費上限可能少於保健業者實際收取的金額。受保人可能需負責支付超過承保服務允許收費上限的任何金額。
- <sup>2</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>3</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>4</sup>在非合約保健業者等級計入自付上限的承保服務收費，不會累積計入合約保健業者等級的自付上限。同樣地，在合約保健業者等級計入自付上限的承保服務收費，不會累積計入非合約保健業者等級的自付上限。如需完整瞭解自付上限，請參閱您的*Certificate of Insurance*《保險證明》。
- <sup>5</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次合計就診免收免賠額。
- <sup>6</sup>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。
- <sup>7</sup>排定的產前就診和第一次產後就診。
- <sup>8</sup>根據《平價醫療法案》(ACA) 規定承保例行性產前護理門診。此項服務包括初診及後續門診的記錄、體檢、記錄體重、血壓、胎兒心音及例行性驗尿。
- <sup>9</sup>分娩和母嬰住院病人護理均屬於您住院服務理賠的承保範圍。如需完整瞭解生育服務，請參閱您的KPIC《保險證明》。
- <sup>10</sup>不孕症治療的理賠給付限每年\$1,000，以合約保健業者所提供的服務計算。不孕症服務包括輸卵管內精卵植入術(GIFT)。人工受孕不在承保範圍內。不孕症診斷的理賠給付將會比照任何其他疾病的方式承保。
- <sup>11</sup>如果受保人要求的品牌藥同時也有非品牌藥可供使用，則受保人須負擔品牌藥共付額，以及非品牌藥與品牌藥之間的差額。
- <sup>12</sup>您的計劃有開放式無限制性的承付藥物手冊；但是，特定的處方藥可能不在承保範圍內。請參閱您的KPIC《保險證明》，以獲得完整的限制和不受保項目清單。不論由任何保健業者開具處方，都必須在MedImpact藥房配領處方藥。請致電**800-788-2949**向MedImpact查詢加盟藥房。
- <sup>13</sup>基本和補充的DME均可獲得承保。對於合約保健業者和非合約保健業者提供的服務，補充的DME有每年合計最高\$2,000的理賠限制，但是糖尿病測試用品和設備除外。
- <sup>14</sup>糖尿病設備與用品僅限靜脈注射器具和供外接式胰島素泵浦用的附針頭注射器、測試條、採血計、皮膚保護器具、皮膚適除膠片和透明薄膜式敷料。共保額是以實際帳單收費金額為依據，不受每年DME上限\$2,000的限制。
- <sup>15</sup>未滿19歲。
- <sup>16</sup>限額不適用於物理治療師、職業病治療師和言語治療師到府上的探訪。