

瞭解計劃：福利概要

接下來幾頁的表格列出了各計劃的福利範例。請查看下列圖解，以協助您瞭解如何閱讀這些表格。

以下簡述如何使用下表

福利概要	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange
計劃類型	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$4,750/\$9,500
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,750/\$17,500
福利	
遠距醫護服務	
聊天、電子郵件、E-就診、電話，與視訊就診	免費
預防保健	
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)	
基本護理門診	\$45
專科醫護就診	\$85
大部分的X光檢查	\$95
大多數化驗室檢測	\$50
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$325
門診手術	20%
精神健康就診	\$45
住院服務	
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後30%
產科	
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後30%
急診和緊急醫護	
急診部就診	\$400
緊急醫護就診	\$45
處方藥 (最多30天的供應量)	
非品牌藥	達到藥房免賠額\$85後\$16*
特選品牌藥	達到藥房免賠額\$85後\$60*
非特選品牌藥	達到藥房免賠額\$85後\$60*
專科	達到藥房免賠額\$85後20%，每份處方最多\$250
全人健康	
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換 (health benefit exchange) 申請

年度免賠額

在計劃開始為您支付大多數承保服務費用之前，您須支付該金額。根據本範例計劃，您需為承保服務支付全額費用，直到您個人達到\$4,750或您家庭達到\$9,500為止。接著您需開始支付共付額或共保額。

年度自付上限

這是計劃開始百分百支付大多數承保服務的費用之前，您在一個日曆年度內將為醫護支付的最大金額。在本範例中，您在一個日曆年度期間為自己支付的共付額、共保額及免賠額將不超過\$8,750，您為家庭支付的將不超過\$17,500。

預防保健服務不收費

大多數預防保健服務 – (包括例行身體檢查及乳房X光檢查) – 為免費承保。而且不受免賠額限制。

在您達到免賠額之前便屬於承保範圍

部分服務無論您是否達到免賠額，都僅需支付共付額或共保額即可。在本計劃中，基本護理就診以共付額\$45承保 – 即使您還沒達到免賠額。在Silver免賠額計劃中，基本護理、專科護理及緊急醫護就診在您達到免賠額之前便均屬於承保範圍。

共保額

在達到免賠額之後，這是您可能需為承保服務支付的費用百分比。在此範例中，在您達到免賠額後，您每天需為住院醫療護理支付費用的30%。在日曆年度的剩餘時間，您的計劃將會支付其餘的費用。

共付額

這是您需為承保服務支付的固定金額，通常是在您達到免賠額之後。在此範例中，無論您是否已達到免賠額，您皆需開始為緊急醫護就診支付共付額\$45。

*郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或會員自付上限中。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換提供，
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務補助選項。

福利概要	KP Kaiser Permanente– Bronze 60 HMO 8200/0%	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP E Kaiser Permanente– Bronze 60 HMO
計劃類型	免賠額	HSA-qualified	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$8,200/\$16,400	\$7,000/\$14,000	\$6,300/\$12,600
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,200/\$16,400	\$7,000/\$14,000	\$8,600/\$17,200
福利			
遠距醫護服務			
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	免費	電子郵件、E-就診：不收費。電話與視 訊就診：達到免賠額後免費	免費
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)			
基本護理門診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$65；然後達到免賠額後\$65†
專科醫護就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$95；然後達到免賠額後\$95†
大部分的X光檢查	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
大多數化驗室檢測	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	\$40
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層 掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
門診手術	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
精神健康就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	免費
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、 藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
產科			
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
急診和緊急醫護			
急診部就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
緊急醫護就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$65；然後達到免賠額後\$65†
處方藥 (最多30天的供應量)			
非品牌藥	\$20*	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後\$18*
特選品牌藥	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%， 每份處方最多\$500
非特選品牌藥	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%， 每份處方最多\$500
專科	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%， 每份處方最多\$500
全人健康			
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

† Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該理賠福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物酒精濫用護理。

*郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (聽障及語障電話專線711)，或聯絡您的保險經紀。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換提供，
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務補助選項。

福利概要	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/20%	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50
計劃類型	HSA-qualified	免賠額	免賠額	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$3,600/\$7,200	\$4,750/\$9,500	\$4,750/\$9,500	\$2,850/\$5,700
年度自付上限 (個人/家庭)	\$7,000/\$14,000	\$8,750/\$17,500	\$8,750/\$17,500	\$8,750/\$17,500
福利				
遠距醫護服務				
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	電子郵件，E-就診：不收費。 電話與視訊就診：達到免賠額 後免費	免費	免費	免費
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務（每次就診或每項程序）				
基本護理門診	達到免賠額後20%	\$45	\$45	\$50
專科醫護就診	達到免賠額後20%	\$85	\$85	\$80
大部分的X光檢查	達到免賠額後20%	\$95	\$95	達到免賠額後\$70
大多數化驗室檢測	達到免賠額後20%	\$50	\$50	達到免賠額後\$30
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、 斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正 子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	達到免賠額後20%	\$325	\$325	達到免賠額後\$350
門診手術	達到免賠額後20%	20%	20%	達到免賠額後35%
精神健康就診	達到免賠額後20%	\$45	\$45	\$50
住院服務				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、 化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後20%	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
產科				
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後20%	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
急診和緊急醫護				
急診部就診	達到免賠額後20%	\$400	\$400	達到免賠額後\$350
緊急醫護就診	達到免賠額後20%	\$45	\$45	\$50
處方藥（最多30天的供應量）				
非品牌藥	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後\$16*	達到藥房免賠額\$85後\$16*	\$20*
特選品牌藥	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
非特選品牌藥	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
專科	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$450後35%， 每份處方最多\$250
全人健康				
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

*郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電1-800-464-4000（聽障及語障電話專線711），或聯絡您的保險經紀。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換提供，
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務補助選項。

福利概要	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP E Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP E Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO††
計劃類型	共付額	共付額	共付額	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	無/無	無/無	無/無	\$9,100/\$18,200
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,550/\$17,100	\$8,550/\$17,100	\$4,500/\$9,000	\$9,100/\$18,200
福利				
遠距醫護服務				
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	免費	免費	免費	免費
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)				
基本護理門診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費；***額外就診在達到免賠額後免費
專科醫護就診	\$65	\$65	\$30	達到免賠額後免費
大部分的X光檢查	\$75	\$75	\$30	達到免賠額後免費
大多數化驗室檢測	\$40	\$40	\$15	達到免賠額後免費
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$75	25%	\$75	達到免賠額後免費
門診手術	\$190	20%	\$125	達到免賠額後免費
精神健康就診	\$35	\$35	\$15	免費
住院服務				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	每天\$350，最多5天**	30%	每天\$250，最多5天**	達到免賠額後免費
產科				
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	每天\$350，最多5天**	30%	每天\$250，最多5天**	達到免賠額後免費
急診和緊急醫護				
急診部就診	\$350	\$350	\$150	達到免賠額後免費
緊急醫護就診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費；***額外就診在達到免賠額後免費
處方藥 (最多30天的供應量)				
非品牌藥	\$15*	\$15*	\$5*	達到免賠額後免費
特選品牌藥	\$60*	\$60*	\$15*	達到免賠額後免費
非特選品牌藥	\$60*	\$60*	\$15*	達到免賠額後免費
專科	20%，每份處方最高\$250	20%，每份處方最高\$250	10%，每份處方最高\$250	達到免賠額後免費
全人健康				
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

* 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

† 眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

‡ Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該理賠福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物酒精濫用護理。

** 5天後，入院相關的承保服務免費。

†† 僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲以上的申請人在提供Covered California的證明證實其經濟困難或缺少可負擔的保險時，Minimum Coverage HMO計劃。

*** Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額前包括三次免費診所就診。診所就診包括基本護理和緊急醫護。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (聽障及語障電話專線711)，或聯絡您的保險經紀。

成本分擔減免 (Cost Share Reduction, CSR) 計劃

您必須符合資格並透過Covered California入保本頁的CSR計劃。

福利概要	E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
計劃類型	免賠額	免賠額	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$4,750/\$9,500	\$800/\$1,600	\$75/\$150
年度自付上限 (個人/家庭)	\$7,250/\$14,500	\$3,000/\$6,000	\$900/\$1,800
福利			
遠距醫護服務			
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	免費	免費	免費
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)			
基本護理門診	\$45	\$15	\$5
專科醫護就診	\$85	\$25	\$8
大部分的X光檢查	\$90	\$40	\$8
大多數化驗室檢測	\$50	\$20	\$8
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$325	\$100	\$50
門診手術	20%	15%	10%
精神健康就診	\$45	\$15	\$5
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後30%	達到免賠額後25%	達到免賠額後10%
產科			
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後30%	達到免賠額後25%	達到免賠額後10%
急診和緊急醫護			
急診部就診	\$400	\$150	\$50
緊急醫護就診	\$45	\$15	\$5
處方藥 (最多30天的供應量)			
非品牌藥	達到藥房免賠額\$30後\$16*	達到藥房免賠額\$25後\$5*	\$3*
特選品牌藥	達到藥房免賠額\$30後\$55*	達到藥房免賠額\$25後\$25*	\$10*
非特選品牌藥	達到藥房免賠額\$30後\$55*	達到藥房免賠額\$25後\$25*	\$10*
專科	達到藥房免賠額\$30後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$25後15%， 每份處方最多\$150	10%，每份處方最高\$150
全人健康			
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

* 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (聽障及語障電話專線711)，或聯絡您的保險經紀。