

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實例。請檢閱下方的圖表，以協助您瞭解如何閱讀這些表格。

以下概述表格的使用方式

福利概要	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 非交易市場提供
計劃類型	免賠額
年度醫療免賠額 (個人／家庭)	\$5,400/\$10,800
年度自付上限 (個人／家庭)	\$9,100/\$18,200
福利	
虛擬醫護	
即時通訊、電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	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 (每次就診或每項診療)	
基本護理診所就診	\$50
專科護理診所就診	\$90
大多數X光檢查	\$95
大多數化驗	\$50
磁共振影 (MRI)、電腦斷層 (CT)、正子斷層 造影 (PET)	\$325
門診手術	30%
精神健康就診	\$50
住院病人醫院醫療護理	
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、 藥物、精神健康護理	達到免賠額後30%
妊娠	
例行產前護理就診、首次產後就診	免費
分娩及住院嬰兒保健	達到免賠額後30%
急診及緊急醫護	
急診部就診	\$450
緊急醫護就診	\$50
處方藥 (最多30天藥量)	
學名藥 (層級1)	\$19*
首選品牌藥 (層級2)	達到藥房免賠額\$150後\$60*
非首選品牌藥 (層級2)	達到藥房免賠額\$150後\$60*
專科藥物 (層級4)	達到藥房免賠額\$150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 (英文)

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交易市場提供

年度免賠額

在計劃開始協助您支付大多數承保服務費用之前，您需支付該金額。根據本實例計劃，您需為承保服務支付全額費用，直到您個人達到\$5,400或您家庭達到\$10,800為止。接著您需開始支付共付額或共保額。

年度自付上限

這是在計劃開始全額給付大多數承保服務之前，您在一個日曆年度期間需為醫護服務支付的金額上限。在本示例中，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\$9,100，您為家庭支付的將不超過\$18,200。

預防保健服務免費

大多數預防保健服務均可獲得免費承保，包括例行身體檢查及乳房X光檢查。此外，預防保健服務不受免賠額約束。

在您達到免賠額之前便可獲得承保

部分服務無論您是否已達到免賠額，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\$50承保，即使還沒達到免賠額也是如此。在銀級免賠額計劃中，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

這是在您達到免賠額後可能需為承保服務支付的費用百分比。在此示例中，在您達到免賠額後，您每天需為住院病人醫院醫療護理支付費用的30%。在該日曆年度的剩餘時間，您的計劃將會給付其餘的費用。

共付額

這是在您需為承保服務支付的固定金額，通常是在您達到免賠額後支付。在此示例中，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\$50。

*郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

†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。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交易市場Covered California提供

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	可設健康儲蓄帳戶	免賠額
年度醫療免賠額 (個人／家庭)	\$8,200/\$16,400	\$7,050/\$14,100	\$6,300/\$12,600
年度自付上限 (個人／家庭)	\$8,200/\$16,400	\$7,050/\$14,100	\$9,100/\$18,200
福利			
虛擬醫護			
電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	免費	電子郵件、網路看診：免費。 電話問診及視訊看診： 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 (每次就診或每項診療)			
基本護理診所就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$60；然後達到免賠額後\$60 [‡]
專科護理診所就診	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 [‡]
大多數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	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	\$40
磁共振影 (MRI)、電腦斷層 (CT)、正子斷層造影 (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
住院病人醫院醫療護理			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
妊娠			
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
急診及緊急醫護			
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\$60；然後達到免賠額後\$60 [‡]
處方藥 (最多30天藥量)			
學名藥 (層級1)	\$20*	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後\$17*
首選品牌藥 (層級2)	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
非首選品牌藥 (層級2)	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
專科藥物 (層級4)	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 (英文)	眼科服務優惠 [†] kp2020.org (英文)	眼科服務優惠 [†] kp2020.org (英文)

[‡] Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃包含您在達到免賠額之前僅需支付福利共付額的三次診所就診。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濫用護理。

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

[†] 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。

本計劃概要重點介紹了人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員資格協議、承保範圍說明書及披露表》(Evidence of Coverage, 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。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (TTY 711) 與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交易市場Covered California提供

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 3600/25%	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	可設健康儲蓄帳戶	免賠額	免賠額	免賠額
年度醫療免賠額 (個人／家庭)	\$3,600/\$7,200	\$5,400/\$10,800	\$5,400/\$10,800	\$2,850/\$5,700
年度自付上限 (個人／家庭)	\$7,200/\$14,400	\$9,100/\$18,200	\$9,100/\$18,200	\$8,750/\$17,500
福利				
虛擬醫護				
電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	電子郵件、網路看診：免費。 電話問診及視訊看診：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 (每次就診或每項診療)				
基本護理診所就診	達到免賠額後25%	\$50	\$50	\$50
專科護理診所就診	達到免賠額後25%	\$90	\$90	\$80
大多數X光檢查	達到免賠額後25%	\$95	\$95	達到免賠額後\$70
大多數化驗	達到免賠額後25%	\$50	\$50	達到免賠額後\$30
磁共振影 (MRI)、電腦斷層 (CT)、正子斷層造影 (PET)	達到免賠額後25%	\$325	\$325	達到免賠額後\$350
門診手術	達到免賠額後25%	30%	30%	達到免賠額後35%
精神健康就診	達到免賠額後25%	\$50	\$50	\$50
住院病人醫院醫療護理				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	達到免賠額後25%	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
妊娠				
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健	達到免賠額後25%	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
急診及緊急醫護				
急診部就診	達到免賠額後25%	\$450	\$450	達到免賠額後\$350
緊急醫護就診	達到免賠額後25%	\$50	\$50	\$50
處方藥 (最多30天藥量)				
學名藥 (層級1)	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250	\$19*	\$19*	\$20*
首選品牌藥 (層級2)	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$150後\$60*	達到藥房免賠額\$150後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
非首選品牌藥 (層級2)	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$150後\$60*	達到藥房免賠額\$150後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
專科藥物 (層級4)	達到免賠額後25%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$150後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$150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 (英文)	眼科服務優惠† kp2020.org (英文)	眼科服務優惠† kp2020.org (英文)	眼科服務優惠† kp2020.org (英文)

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

† 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。

本計劃概要重點介紹了人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員資格協議、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。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (TTY 711) 與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交易市場Covered California提供

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 - Gold 80 HMO	E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	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	\$9,450/\$18,900
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,700/\$17,400	\$8,700/\$17,400	\$4,500/\$9,000	\$9,450/\$18,900
福利				
虛擬醫護				
電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	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 (每次就診或每項診療)				
基本護理診所就診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費。*** 達到免賠額後，額外就診免費
專科護理診所就診	\$65	\$65	\$30	達到免賠額後免費
大多數X光檢查	\$75	\$75	\$30	達到免賠額後免費
大多數化驗	\$40	\$40	\$15	達到免賠額後免費
磁共振影 (MRI)、電腦斷層 (CT)、正子斷層造影 (PET)	\$75	25%	\$75	達到免賠額後免費
門診手術	\$170	30%	\$95	達到免賠額後免費
精神健康就診	\$35	\$35	\$15	免費
住院病人醫院醫療護理				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	每天\$330，最多5天**	30%	每天\$225，最多5天**	達到免賠額後免費
妊娠				
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健	每天\$330，最多5天**	30%	每天\$225，最多5天**	達到免賠額後免費
急診及緊急醫護				
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。*** 達到免賠額後，額外就診免費
處方藥 (最多30天藥量)				
學名藥 (層級1)	\$15*	\$15*	\$7*	達到免賠額後免費
首選品牌藥 (層級2)	\$60*	\$60*	\$16*	達到免賠額後免費
非首選品牌藥 (層級2)	\$60*	\$60*	\$16*	達到免賠額後免費
專科藥物 (層級4)	20%， 每份處方最多\$250	20%， 每份處方最多\$250	10%， 每份處方最多\$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 (英文)	眼科服務優惠 [†] kp2020.org (英文)	眼科服務優惠 [†] kp2020.org (英文)	眼科服務優惠 [†] kp2020.org (英文)

* 郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

[†] 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。

** 5天後，住院相關的承保服務免費。

^{††} 僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲及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，方可購買Minimum Coverage HMO計劃。

*** Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃包含您在達到免賠額之前的免費三次診所就診。診所就診包含基本護理和緊急醫護。

本計劃概要重點介紹了人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員資格協議、承保範圍說明書及披露表》。本計劃概要重點介紹了人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員資格協議、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。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (TTY 711) 與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。

成本分擔減免 (CSR) 計劃

您必須符合資格並透過Covered California入保本頁的成本分擔減免 (Cost Share Reduction, 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	共付額	共付額	共付額
年度醫療免賠額 (個人／家庭)	無／無	無／無	無／無
年度自付上限 (個人／家庭)	\$6,100/\$12,200	\$3,000/\$6,000	\$1,150/\$2,300
福利			
虛擬醫護			
電子郵件、網路看診、電話問診及視訊看診	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 (每次就診或每項診療)			
基本護理診所就診	\$35	\$15	\$5
專科護理診所就診	\$85	\$25	\$8
大多數X光檢查	\$95	\$40	\$8
大多數化驗	\$50	\$20	\$8
磁共振影 (MRI)、電腦斷層 (CT)、正子斷層造影 (PET)	\$325	\$100	\$50
門診手術	30%	20%	10%
精神健康就診	\$35	\$15	\$5
住院病人醫院醫療護理			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康護理	30%	20%	10%
妊娠			
例行產前護理就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健	30%	20%	10%
急診及緊急醫護			
急診部就診	\$350	\$150	\$50
緊急醫護就診	\$35	\$15	\$5
處方藥 (最多30天藥量)			
學名藥 (層級1)	\$15*	\$5*	\$3*
首選品牌藥 (層級2)	\$55*	\$25*	\$10*
非首選品牌藥 (層級2)	\$55*	\$25*	\$10*
專科藥物 (層級4)	20%， 每份處方最多\$250	15%， 每份處方最多\$150	10%， 每份處方最多\$150
全人健康			
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org (英文)	眼科服務優惠† kp2020.org (英文)	眼科服務優惠† kp2020.org (英文)

*郵購：符合資格的處方藥最多提供100天藥量，費用等同於60天藥量。

† 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。

本計劃概要重點介紹了人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱《整合會員資格協議、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。如需索取一份EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (TTY 711) 與我們聯絡或與您的保險經紀聯絡。