

2024年小型企業 | 加州

計劃要點 金屬級計劃

生效日期2024年1月1日至12月1日



內頁目錄

您的計劃選項	2
瞭解各項保健計劃	5
Kaiser Permanente HMO計劃	6
Kaiser Permanente PPO計劃	12
兒童牙科福利及補充家庭牙科計劃	16
脊柱神經治療和針灸	22
耐用醫療器材 (DME) 福利	24
兒科視力保健	25
計劃腳註	26

如欲進一步瞭解您的帳戶選項，請與您的Kaiser Permanente代表聯絡。

這僅是一份福利總結且內容可能會有變更。KFHP《承保範圍說明書》及KPIC *Certificate of Insurance*（保險證明）包含對各項福利、不受保項目與限制的完整說明。本文件所提供的資訊旨在說明各項計劃所包含的所有福利，亦非《承保範圍說明書》或*Certificate of Insurance*。

您的計劃選項

談到健康護理，您期望計劃對您和您的員工都簡單明瞭且易於使用。您需要的選項應讓您能夠靈活掌控您的保健資金。您也希望這些計劃能由您所信任的合作夥伴提供，並且全程為您提供逐步指引。這正是Kaiser Permanente所為您提供的解決方案。

我們的計劃為您的員工提供改善日常身體健康及提升生產力所需的一切，包括頂尖的醫生、以預防為重的服務、增進健康的創新工具以及優質的個人化護理。

*Covered California for Small Business與CaliforniaChoice®亦有提供所有HMO計劃（Gold 80 HRA HMO 2250/35+ Child Dental除外）。

共付額HMO計劃 — 共付額是您為某些承保服務或處方藥所支付的固定金額。共付額計劃以固定的費用為主，不設免賠額，因此您會事先知道醫生診所就診與處方藥等服務的費用。

- Platinum 90 HMO 0/10* + Child Dental Alt[†]
- Platinum 90 HMO 0/20* + Child Dental
- Gold 80 HMO 0/35* + Child Dental Alt[†]

免賠額HMO計劃 — 免賠額是在保健計劃開始付款前，您必須為計劃年度內大部分承保服務支付的固定金額。在您達到免賠額後，在該計劃年度剩餘的日子裡，您將開始為大部分承保服務支付共付額或共保額（全額費用的百分比），直至達到您的自付上限為止。根據您的計劃，您可能可在沒有達到免賠額的情況下為某些服務支付共付額或共保額。

- Platinum 90 HMO 250/30* + Child Dental Alt[†]
- Gold 80 HMO 250/35* + Child Dental
- Gold 80 HMO 1000/40* + Child Dental Alt[†]
- Silver 70 HMO 1900/65* + Child Dental Alt[†]
- Silver 70 HMO 2300/65* + Child Dental Alt[†]
- Silver 70 HMO 2500/55* + Child Dental
- Silver 70 HMO 2950/65* + Child Dental Alt[†]
- Bronze 60 HMO 5400/60* + Child Dental Alt[†]
- Bronze 60 HMO 6300/60* + Child Dental

可設健康儲蓄帳戶的高免賠額保健計劃 (HSA-qualified High Deductible Health Plans, HDHP) 這些免賠額HMO計劃將經由Kaiser Permanente管理的健康儲蓄帳戶 (HSA) 與您的保健計劃搭配使用，以獲得整合式的解決方案，讓您可以花費更少時間管理員工的保健事宜，並將更多時間專注於業務上。您的員工可利用薪資、免稅利息收入及免稅扣款方式進行稅前供款，以支付合格費用，從而節省多達三倍稅款。¹

每位員工每個月的帳戶管理費用為\$3.25，可由您或您的員工支付。

- Gold 80 HDHP HMO 1750/15%* + Child Dental Alt[†]
- Silver 70 HDHP HMO 2850/25%* + Child Dental
- Bronze 60 HDHP HMO 7050/0%* + Child Dental

Deductible HMO with HRA計劃 — 這項免賠額計劃可與健康還款計劃 (Health Reimbursement Arrangement, HRA) 搭配使用，由您為員工開設。HRA讓您可為員工供款，以讓員工可以用其免稅支付合格醫療費用。^{1,2} 每位員工每個月的帳戶管理費用為\$3.75，由身為雇主的您支付。

- Gold 80 HRA HMO 2250/35 + Child Dental³

不論您選擇提供何種帳戶類型，員工都可選擇方便的付款方式，讓其可以輕鬆使用健康付款帳戶中的存款，同時減少書面手續。

- 我們的HSA和HRA會提供健康付款卡，該卡的運作方式與簽帳金融卡相同，員工如果使用付款卡支付合格醫療費用，就不必提交索賠或申請補償。
- 另外，我們的HRA讓員工能以便利的方式就其在Kaiser Permanente設施所接受和付費的合格醫療服務自動獲得補償。

您的員工可以利用kp.org（英文）網站以及智慧型手機和行動裝置適用的Kaiser Permanente Balance Tracker應用程式全天24小時隨時處理自己的保健計劃事宜和健康付款帳戶。

PPO保險計劃 — 您和您的員工可以靈活地選擇國內任何持照保健業者提供的醫生，且無需經由轉診即可自由接受專科醫生看診。可以透過加州和其他Kaiser Permanente營運州（科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州和哥倫比亞特區）的KPIC Private Health Care Systems (PHCS) 網絡選擇全國任何合約保健業者。在其他所有州，請前往Cigna Healthcare PPO網絡保健業者處就診。如需更多資訊，請於週一至週五上午7:00至下午7:00致電800-788-0710，或者瀏覽kp.org/kpic/ppo（英文），以找到保健業者和其他資料

- Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental
- Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental
- Silver 70 PPO 2500/55 + Child Dental
- Bronze 60 PPO 6300/60 + Child Dental

如欲進一步瞭解您的帳戶選項，請與您的Kaiser Permanente代表聯絡。

補充家庭牙科計劃（可選）

- 當提供受撫養人保險時，我們的補充家庭牙科計劃承保成人和年齡未超過26歲的受撫養子女。這些計劃不能取代ACA所規定19歲以下會員的兒童牙科保險。
- 家庭牙科計劃僅適用於入保Kaiser Permanente保健計劃者。
- 如果您選擇提供家庭牙科計劃，所有投保人和受撫養人皆必須參與。
- 任何PPO保健計劃均未提供DeltaCare HMO家庭牙科計劃

脊柱神經治療和針灸

- 除Gold 80 HDHP HMO 1750/15% + Child Dental ALT外，大多數符合ACA要求的金屬級ALT計劃均包含脊柱神經治療/針灸護理的綜合保險。
- 不溯及既往（非金屬級）計劃（可選）
 - 不溯及既往（非金屬級）計劃可提供可選的脊柱神經治療/針灸綜合保險，但需支付額外費用。本選項不適用於不溯及既往可設健康儲蓄帳戶的高免賠額保健計劃（HDHP）。
 - 如果您選擇提供脊柱神經治療/針灸保險，所有投保人和受撫養人皆必須參與。
 - 您只能在續保時新增此保險，並且可以在續保日期前4個月或續保時隨時終止保險。

生育福利（可選）

- 可選生育福利需支付額外費用，並且僅適用於擁有20名或20名以上合格員工且Kaiser Permanente是唯一保險公司的團體。
- 金屬級計劃
- 選擇此可選福利後，它將作為原始合約的一部分添加到提供的所有HMO計劃中，或可以在續約時添加或終止。
- 生育福利已包含在所有金屬級PPO計劃中。
- 不溯及既往（非金屬級）計劃
- 此選項適用於不溯及既往（非金屬級）計劃的現有團體，並且僅在續約時添加
- 承保範圍將添加到所有提供的不溯及既往（非金屬級）HMO計劃中，但\$5和\$15共付額計劃除外，因為生育已經包含在內，並且費用已包含在計劃費率中。

* Covered California for Small Business與CaliforniaChoice®亦有提供本計劃。

† 某些計劃名稱中的「ALT」簡寫是表示Kaiser Permanente擬定了不同於標準計劃的計劃，且這些計劃可透過Covered California for Small Business取得。

1. 有關合格醫療和牙科費用的清單，請參閱IRS第502號出版物。2. 本手冊所提及的稅項僅涉及聯邦所得稅。有關州所得稅法的資訊，請諮詢您的財務或稅務顧問。聯邦稅法和州稅法及規定可能會有變動。3. 選擇Gold 80 HRA HMO 2250/35 + Child Dental計劃的團體必須為每位入保員工設立HRA並且提供資金。如果團體承保受撫養人，可為每個員工出資的範圍為\$100至\$400，每個家庭為\$200至\$800。



瞭解各項保健計劃

在以下的「計劃要點」一節，您會大致瞭解在使用我們的計劃時，員工可預期為某些服務支付的費用。承保範圍有4大主要類別，稱為「金屬級計劃」— Platinum、Gold、Silver和Bronze。這4大類別為基本的健康福利提供不同級別的共付額、共保額與免賠額。

以下簡述如何使用下表。

特點	Bronze 60 ^①
	HMO 6300/60* + Child Dental Copay HMO Plan會員支付
計劃免賠額（內嵌） ^②	個人 — 6,300 ¹⁰ /家庭 — 12,600 ¹⁰ ^③
自付上限（內嵌） ^④	個人 — 9,100 ¹⁰ /家庭 — 18,200 ¹⁰
診所內	
基本護理就診	\$60
緊急醫護就診	\$60
專科診所就診	\$95（達到計劃免賠額後）
預防服務（例如：篩檢、產前和產後就診以及免疫接種）	\$0 ¹² ^⑤
兒童預防保健就診	\$0 ²³ 至23個月大
生育服務	不承保（可在支付額外費用後加入本計劃） ¹⁷
物理治療、職業病治療和言語治療	\$60
大多數化驗	\$40 ^⑥
大多數X光檢查和診斷檢測	40%（達到計劃免賠額後）
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	40%（達到計劃免賠額後）
門診手術（每項手術程序）	40%（達到計劃免賠額後）
急診服務	
急診部就診（若直接住院則免除）	40%（達到計劃免賠額後）
救護車	40%（達到計劃免賠額後）
處方藥（最多30天藥量）	
非品牌藥（層級1）	\$17（達到藥物免賠額\$500/\$1,000後） ^{8,9}
品牌藥（層級2）	每份處方40%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500/\$1,000後） ^{8,9}
專科藥物（層級4）	每份處方40%，最多\$500（達到藥物免賠額\$500/\$1,000後） ^{8,9}
醫院住院護理	
醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	40%（達到計劃免賠額後） ^⑦
精神健康服務	
門診（診所內）	\$0
住院（醫院內）	45%（達到計劃免賠額後）
藥物濫用障礙服務	
門診（診所內）	\$0
住院（醫院內）- 僅限解毒	40%（達到計劃免賠額後）

1.精算值

計劃將會承保之承保福利平均總費用的百分比。例如，如果某項計劃的精算值平均是60%，則會員將需負擔所有承保福利費用的40%。不過，視會員實際的保健需求及保單條款而定，他們在該年度所需承擔的承保服務費用總額百分比可能會高於或低於該百分比。

2.計劃免賠額

在保健計劃開始付款前，員工必須為計劃年度內大部分承保服務支付的固定金額。此金額可計入自付上限中。

3.內嵌累積金額

個別家庭成員在達到其個人免賠額或是達到家庭免賠額後（以先發生者為準），個別家庭成員將開始支付共付額或共保額。此外，個別家庭成員在達到個人自付上限或是達到家庭自付上限後（以先發生者為準），個別家庭成員將不需要再支付成本分擔。並非所有服務都有免賠額和/或自付上限的規定。

4.自付上限

在計劃開始為大部分或所有承保服務全額給付前，個人或家庭在一年中必須為所有承保服務支付的金額上限。

5.預防保健服務不收費

大多數預防性服務皆可免費獲得承保，也不受免賠額約束。

6.共付額

員工需為某些服務支付的固定金額。

7.共保額

員工在達到免賠額後，需為某些服務支付的總費用百分比，最多不超過自付上限。

	Platinum 90 HMO 0/10* + Child Dental Alt [†]	Platinum 90 HMO 0/20* + Child Dental	Platinum 90 HMO 250/30* + Child Dental Alt [†]
特點	Copay HMO Plan會員支付	Copay HMO Plan會員支付	Deductible HMO Plan會員支付
計劃免賠額（內嵌）	\$0	\$0	個人 — \$250 / 家庭 — \$500
自付上限（內嵌）	個人 — \$3,000 ^{1,3} / 家庭 — \$6,000 ^{1,3}	個人 — \$4,500 ^{1,3} / 家庭 — \$9,000 ^{1,3}	個人 — \$3,000 ^{2,3} / 家庭 — \$6,000 ^{2,3}
診所內 基本護理就診	\$10	\$20	\$30
緊急醫護就診	\$10	\$20	\$30
專科診所就診	\$20	\$30	\$50
預防服務（例如：篩檢、產前和產後就診以及免疫接種）	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
兒童預防保健就診	\$0，至23個月大	\$0，至23個月大	\$0，至23個月大
生育服務	不承保 ⁶	不承保 ⁶	不承保 ⁶
物理治療、職業病治療和言語治療	\$10	\$20	\$30
大多數化驗	\$20 ⁷	\$20 ⁷	\$30 ⁷
大多數X光檢查和診斷檢測	\$40 ⁷	\$30 ⁷	\$50 ⁷
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	\$150 ⁷	\$100 ⁷	\$150 ⁷
門診手術（每項手術程序）	\$300	\$125	\$300
急診服務 急診部就診 （若直接住院則免除）	\$200	\$150	\$250
救護車	\$150	\$150	\$150
處方藥（最多30天藥量） 非品牌藥（層級1） 品牌藥（層級2） 專科藥（層級4）	\$5 ^{8,9} \$15 ^{8,9} 每份處方10%，最多\$250 ^{8,9}	\$5 ^{8,9} \$20 ^{8,9} 每份處方10%，最多\$250 ^{8,9}	\$10 ^{8,9} \$20 ^{8,9} 每份處方10%，最多\$250 （達到計劃免賠額後） ^{8,9}
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	每次住院\$500	每次住院每天\$250 ¹¹	每次住院\$500（達到計劃免賠額後）
精神健康服務 門診（診所內）	\$10	\$20	\$30
住院（醫院內）	每次住院\$500	每次住院每天\$250 ¹¹	每次住院\$500（達到計劃免賠額後）
藥物濫用障礙服務 門診（診所內）	\$10	\$20	\$30
住院（醫院內）- 僅限解毒	每次住院\$500	每次住院每天\$250 ¹¹	每次住院\$500（達到計劃免賠額後）
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0	\$0
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15（自我轉介；每年合計20次就診）	僅限醫生轉介的針灸每次就診\$20	每次就診\$15（自我轉介；每年合計20次就診）
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)（補充與基本器材）	10% ¹⁰	10% ¹⁰	10% ¹⁰
兒童眼科（眼鏡）	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²
兒科視力檢查	\$0	\$0	\$0
成人眼科（眼鏡）	\$175補助 ¹³	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴
成人視力檢查（眼部屈光）	\$0	\$0	\$0

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。

特點	Gold 80 HMO 0/35* + Child Dental Alt†	Gold 80 HMO 250/35* + Child Dental
	Copay HMO Plan 會員支付	Copay HMO Plan 會員支付
計劃免賠額 (內嵌)	\$0	個人 — \$250 ² / 家庭 — \$500 ²
自付上限 (內嵌)	個人 — \$7,700 ^{1,3} / 家庭 — \$15,400 ^{1,3}	個人 — \$7,800 ^{2,3} / 家庭 — \$15,600 ^{2,3}
診所內		
基本護理就診	\$35	\$35
緊急醫護就診	\$35	\$35
專科診所就診	\$60	\$55
預防服務 (例如：篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
兒童預防保健就診	\$0，至23個月大	\$0，至23個月大
生育服務	不承保 ⁶	不承保 ⁶
物理治療、職業病治療和言語治療	\$35	\$35
大多數化驗	\$30 ⁷	\$35 ⁷
大多數X光檢查和診斷檢測	\$40 ⁷	\$55 ⁷
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	\$250 ⁷	\$250 (達到計劃免賠額後) ⁷
門診手術 (每項手術程序)	\$320	\$335 (達到計劃免賠額後)
急診部服務		
急診部就診 (若直接住院則免除)	\$350	\$250 (達到計劃免賠額後)
救護車	\$250	\$250 (達到計劃免賠額後)
處方藥 (最多30天藥量)		
非品牌藥 (層級1)	\$15 ^{8,9}	\$15 ^{8,9}
品牌藥 (層級2)	\$50 ^{8,9}	\$40 ^{8,9}
專科藥 (層級4)	每份處方20%，最多\$250 ^{8,9}	每份處方20%，最多\$250 ^{8,9}
醫院住院護理		
醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	每天\$600，每次住院最多5天 ¹¹	每天\$600，每次住院最多5天 (達到計劃免賠額後) ¹¹
精神健康服務		
門診 (診所內)	\$35	\$35
住院 (醫院內)	每天\$600，每次住院最多5天 ¹¹	每天\$600，每次住院最多5天 (達到計劃免賠額後) ¹¹
藥物濫用障礙服務		
門診 (診所內)	\$35	\$35
住院 (醫院內) - 僅限解毒	每天\$600，每次住院最多5天 ¹¹	每天\$600，每次住院最多5天 (達到計劃免賠額後) ¹¹
其他		
虛擬醫護服務	\$0	\$0
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15 (自我轉介；每年合計20次就診)	僅限醫生轉介的針灸每次就診\$35
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	20% ¹⁰	20% ¹⁰
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²
兒科視力檢查	\$0	\$0
成人眼科 (眼鏡)	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	\$0

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。

	Gold 80 HMO 1000/40* + Child Dental Alt†	Gold 80 HDHP HMO 1750/15%* + Child Dental Alt†	Gold 80 HRA HMO 2250/35 + Child Dental
特點	Deductible HMO Plan會員支付	HSA-qualified High Deductible Health Plan (HSA可經Kaiser Permanente管理)	Deductible HMO with HRA Plan¹⁶ (HRA可經Kaiser Permanente管理)
計劃免賠額 (內嵌)	個人 — \$1,000 ² / 家庭 — \$2,000 ²	僅自己入保 — \$1,750 ^{2,15} 個人 — \$3,200 ^{2,15} 家庭 — \$3,500 ^{2,15}	個人 — \$2,250 ² / 家庭 — \$4,500 ²
自付上限 (內嵌)	個人 — \$7,800 ^{2,3} / 家庭 — \$15,600 ^{2,3}	個人 — \$3,700 ^{2,3} / 家庭 — \$7,400 ^{2,3}	個人 — \$8,500 ^{2,3} / 家庭 — \$17,000 ^{2,3}
診所內 基本護理就診	\$40	15% (達到計劃免賠額後)	\$35
緊急醫護就診	\$40	15% (達到計劃免賠額後)	\$35
專科診所就診	\$60	15% (達到計劃免賠額後)	\$50
預防服務 (例如: 篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
兒童預防保健就診	\$0, 至23個月大	\$0, 至23個月大	\$0, 至23個月大
生育服務	不承保 ⁶	不承保 ⁶	不承保 ⁶
物理治療、職業病治療和言語治療	\$40	15% (達到計劃免賠額後)	\$35 (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$30 ⁷	15% (達到計劃免賠額後) ⁷	25% (達到計劃免賠額後) ⁷
大多數X光檢查和診斷檢測	\$60 ⁷	15% (達到計劃免賠額後) ⁷	25% (達到計劃免賠額後) ⁷
大多數磁共振影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	\$350 (達到計劃免賠額後) ⁷	15% (達到計劃免賠額後) ⁷	25% (達到計劃免賠額後) ⁷
門診手術 (每項手術程序)	\$350	15% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
急診部服務 急診部就診 (若直接住院則免除)	\$350	15% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
救護車	\$350	15% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
處方藥 (最多30天藥量) 非品牌藥 (層級1) 品牌藥 (層級2) 專科藥 (層級4)	\$20 ^{8,9} \$50 (達到藥物免賠額\$250/\$500後) ^{8,9,19} 每份處方20%, 最多\$250 (達到藥物免賠額\$250/\$500後) ^{8,9,19}	\$15 (達到計劃免賠額後) ^{8,9} , \$45 (達到計劃免賠額後) ^{8,9} 每份處方15%, 最多\$250 (達到計劃免賠額後) ^{8,9}	\$15 ^{8,9} \$30 (達到藥物免賠額\$100/\$200後) ^{8,9,18} 每份處方20%, 最多\$250 (達到藥物免賠額\$100/\$200後) ^{8,9,18}
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	每天\$600, 每次住院最多5天 (達到計劃免賠額後) ¹¹	15% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務 門診 (診所內)	\$40	15% (達到計劃免賠額後)	\$35
住院 (醫院內)	每天\$600, 每次住院最多5天 (達到計劃免賠額後) ¹¹	15% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
藥物濫用障礙服務 門診 (診所內)	\$40	15% (達到計劃免賠額後)	\$35
住院 (醫院內) - 僅限解毒	每天\$600, 每次住院最多5天 (達到計劃免賠額後) ¹¹	15% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0 (達到計劃免賠額後) ¹⁷	\$0
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15 (自我轉介; 每年合計20次就診)	達到計劃免賠額後每次就診15%, 僅限醫生轉介的針灸	達到計劃免賠額後每次就診25%, 僅限醫生轉介的針灸
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	20% ¹⁰	15% ¹⁰	50% ¹⁰
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²
兒科視力檢查	\$0	\$0	\$0
成人眼科 (眼鏡)	不承保 ¹³	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	\$0	\$0

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。

	Silver 70 HMO 1900/65* + Child Dental Alt†	Silver 70 HMO 2300/65* + Child Dental Alt†	Silver 70 HMO 2500/55* + Child Dental
特點	Deductible HMO Plan會員支付	Deductible HMO Plan會員支付	Deductible HMO Plan會員支付
計劃免賠額（內嵌）	個人 — \$1,900 ² / 家庭 — \$3,800 ²	個人 — \$2,300 ² / 家庭 — \$4,600 ²	個人 — \$2,500 ² / 家庭 — \$5,000 ²
自付上限（內嵌）	個人 — \$8,750 ^{2,3} / 家庭 — \$17,500 ^{2,3}	個人 — \$8,750 ^{2,3} / 家庭 — \$17,500 ^{2,3}	個人 — \$8,750 ^{2,3} / 家庭 — \$17,500 ^{2,3}
診所內 基本護理就診	\$65	\$65	\$55
緊急醫護就診	\$65	\$65	\$55
專科診所就診	\$100	\$100	\$90
預防服務（例如：篩檢、產前和產後就診以及免疫接種）	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
兒童預防保健就診	\$0，至23個月大	\$0，至23個月大	\$0，至23個月大
生育服務	不承保 ⁶	不承保 ⁶	不承保 ⁶
物理治療、職業病治療和言語治療	\$65	\$65	\$55
大多數化驗	\$30 ⁷	\$30 ⁷	\$55 ⁷
大多數X光檢查和診斷檢測	\$75 ⁷	\$75 ⁷	\$90 ⁷
大多數磁共振影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	\$400（達到計劃免賠額後） ⁷	\$400（達到計劃免賠額後） ⁷	\$300（達到計劃免賠額後） ⁷
門診手術（每項手術程序）	45%（達到計劃免賠額後）	45%（達到計劃免賠額後）	35%（達到計劃免賠額後）
急診部服務 急診部就診（若直接住院則免除）	45%（達到計劃免賠額後）	45%（達到計劃免賠額後）	35%（達到計劃免賠額後）
救護車	45%（達到計劃免賠額後）	45%（達到計劃免賠額後）	35%（達到計劃免賠額後）
處方藥（最多30天藥量） 非品牌藥（層級1） 品牌藥（層級2） 專科藥（層級4）	\$20 ^{8,9} \$100 ^{8,9} 每份處方20%，最多\$250（達到計劃免賠額後） ^{8,9}	\$20 ^{8,9} \$100（達到藥物免賠額\$500/\$1,000後） ^{8,9,21} 每份處方20%，最多\$250（達到藥物免賠額\$500/\$1,000後） ^{8,9,21}	\$19 ^{8,9} \$85（達到藥物免賠額\$300/\$600後） ^{8,9,20} 每份處方30%（達到藥物免賠額\$300/\$600後） ^{8,9,20}
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	45%（達到計劃免賠額後）	45%（達到計劃免賠額後）	35%（達到計劃免賠額後）
精神健康服務 門診（診所內）	\$0	\$0	\$0
住院（醫院內）	45%（達到計劃免賠額後）	45%（達到計劃免賠額後）	35%（達到計劃免賠額後）
藥物濫用障礙服務 門診（診所內）	\$0	\$0	\$0
住院（醫院內）- 僅限解毒	45%（達到計劃免賠額後）	45%（達到計劃免賠額後）	35%（達到計劃免賠額後）
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0	\$0
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15（自我轉介；每年合計20次就診）	每次就診\$15（自我轉介；每年合計20次就診）	僅限醫生轉介的針灸每次就診\$55
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)（補充與基本器材）	45% ¹⁰	45% ¹⁰	35% ¹⁰
兒童眼科（眼鏡）	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²
兒科視力檢查	\$0	\$0	\$0
成人眼科（眼鏡）	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴
成人視力檢查（眼部屈光）	\$0	\$0	\$0

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。

特點	Silver 70 HMO 2950/65* + Child Dental Alt [†]	Silver 70 HDHP HMO 2850/25%* + Child Dental
	Deductible HMO Plan會員支付	HSA-qualified High Deductible Health Plan (HSA可經Kaiser Permanente管理)
計劃免賠額 (內嵌)	個人 — \$2,950 ² / 家庭 — \$5,900 ²	僅自己入保 — \$2,850 ^{2,15} / 個人 — \$3,200 ^{2,15} / 家庭 — \$5,700 ^{2,15}
自付上限 (內嵌)	個人 — \$9,100 ^{2,3} / 家庭 — \$18,200 ^{2,3}	個人 \$7,500 ^{2,3} / 家庭 \$15,000 ^{2,3}
診所內 基本護理就診	\$65	25% (達到計劃免賠額後)
緊急醫護就診	\$65	25% (達到計劃免賠額後)
專科診所就診	\$100	25% (達到計劃免賠額後)
預防服務 (例如: 篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
兒童預防保健就診	\$0, 至23個月大	\$0, 至23個月大
生育服務	不承保 ⁶	不承保 ⁶
物理治療、職業病治療和言語治療	\$65	25% (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$30 (達到計劃免賠額後) ⁷	25% (達到計劃免賠額後) ⁷
大多數X光檢查和診斷檢測	\$75 (達到計劃免賠額後) ⁷	25% (達到計劃免賠額後) ⁷
大多數磁振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	\$400 (達到計劃免賠額後) ⁷	25% (達到計劃免賠額後) ⁷
門診手術 (每項手術程序)	45% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
急診部服務 急診部就診 (若直接住院則免除)	45% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
救護車	45% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
處方藥 (最多30天藥量) 非品牌藥 (層級1) 品牌藥 (層級2) 專科藥 (層級4)	\$20 ^{8,9} \$100 (達到計劃免賠額後) ^{8,9} 每份處方45%, 最多\$250 (達到計劃免賠額後) ^{8,9}	每份處方25%, 最多\$250 (達到計劃免賠額後) ⁸ 每份處方25%, 最多\$250 (達到計劃免賠額後) ⁸ 每份處方25%, 最多\$250 (達到計劃免賠額後) ⁸
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	45% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務 門診 (診所內)	\$0	\$0 (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內)	45% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
藥物濫用障礙服務 門診 (診所內)	\$0	\$0 (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內) - 僅限解毒	45% (達到計劃免賠額後)	25% (達到計劃免賠額後)
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0 (達到計劃免賠額後) ¹⁷
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15 (自我轉介; 每年合計20次就診)	達到計劃免賠額後每次就診25%, 僅限醫生轉介的針灸
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	45% ¹⁰	25% ¹⁰
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²
兒科視力檢查	\$0	\$0
成人眼科 (眼鏡)	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	\$0

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。

	Bronze 60 HMO 5400/60* + Child Dental Alt†	Bronze 60 HMO 6300/60* + Child Dental	Bronze 60 HDHP HMO 7050/0%* + Child Dental
特點	Deductible HMO Plan會員支付	Deductible HMO Plan會員支付	HSA-qualified High Deductible Health Plan (HSA可經Kaiser Permanente管理)
計劃免賠額 (內嵌)	個人 — \$5,400 ² / 家庭 — \$10,800 ²	個人 — \$6,300 ² / 家庭 — \$12,600 ²	個人 — \$7,050 ² / 家庭 — \$14,100 ²
自付上限 (內嵌)	個人 — \$8,600 ^{2,3} / 家庭 — \$17,200 ^{2,3}	個人 — \$9,100 ^{2,3} / 家庭 — \$18,200 ^{2,3}	個人 — \$7,050 ^{2,3} / 家庭 — \$14,100 ^{2,3}
診所內 基本護理就診	\$60 (達到計劃免賠額後) ²²	\$60 (達到計劃免賠額後) ²²	0% (達到計劃免賠額後)
緊急醫護就診	\$60 (達到計劃免賠額後) ²²	\$60 (達到計劃免賠額後) ²²	0% (達到計劃免賠額後)
專科診所就診	\$80 (達到計劃免賠額後) ²²	\$95 (達到計劃免賠額後) ²²	0% (達到計劃免賠額後)
預防服務 (例如：篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}	\$0 ^{4,5}
兒童預防保健就診	\$0，至23個月大	\$0，至23個月大	\$0，至23個月大
生育服務	不承保 ⁶	不承保 ⁶	不承保 ⁶
物理治療、職業病治療和言語治療	\$65	\$60	0% (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$30 (達到計劃免賠額後) ⁷	\$40 ⁷	0% (達到計劃免賠額後) ⁷
大多數X光檢查和診斷檢測	50% (達到計劃免賠額後) ⁷	40% (達到計劃免賠額後) ⁷	0% (達到計劃免賠額後) ⁷
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	50% (達到計劃免賠額後) ⁷	40% (達到計劃免賠額後) ⁷	0% (達到計劃免賠額後) ⁷
門診手術 (每項手術程序)	50% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)	0% (達到計劃免賠額後)
急診服務 急診部就診 (若直接住院則免除)	50% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)	0% (達到計劃免賠額後)
救護車	50% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)	0% (達到計劃免賠額後)
處方藥 (最多30天藥量) 非品牌藥 (層級1) 品牌藥 (層級2) 專科藥 (層級4)	\$20 ^{8,9} 每份處方50%，最多 \$500 (達到計劃免賠額後) ^{8,9} 每份處方50%，最多 \$500 (達到計劃免賠額後) ^{8,9}	\$17 (達到藥物免賠額\$500/\$1,000後) ^{8,9,21} 每份處方40%，最多 \$500 (達到藥物免賠額\$500/\$1,000後) ^{8,9,21} 每份處方40%，最多 \$500 (達到藥物免賠額\$500/\$1,000後) ^{8,9,21}	0% (達到計劃免賠額後) ^{8,9} 0% (達到計劃免賠額後) ^{8,9} 每份處方0% (達到計劃免賠額後) ^{8,9}
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、 藥物、用品、治療、生產服務	50% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)	0% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務 門診 (診所內)	\$0 (達到計劃免賠額後) ²²	\$0 ²²	0% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內)	50% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)	0% (達到計劃免賠額後)
藥物濫用障礙服務 門診 (診所內)	\$0 (達到計劃免賠額後) ²²	\$0 ²²	0% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內) - 僅限解毒	50% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)	0% (達到計劃免賠額後)
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0	\$0 (達到計劃免賠額後) ¹⁷
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$15 (自我轉介；每年合計20次就診)	僅限醫生轉介的針灸每次就診\$60	達到計劃免賠額後每次就診0%，僅限醫生轉介的針灸
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	50% (達到計劃免賠額後) ¹⁰	40% (達到計劃免賠額後) ¹⁰	0% (達到計劃免賠額後) ¹⁰
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²
兒科視力檢查	\$0	\$0	\$0
成人眼科 (眼鏡)	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴	不承保 ¹⁴
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	\$0	\$0

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。

特點	Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental	
	合約保健業者層級 (網絡內) ²³	非合約保健業者層級 (網絡外) ²³
計劃免賠額 (內嵌)	\$0	個人 — \$500 ² / 家庭 — \$1,000 ²
自付上限 (內嵌)	個人 — \$4,500 ²⁴ / 家庭 — \$9,000 ²⁴	個人 — \$9,000 ^{2,24} / 家庭 — \$18,000 ^{2,24}
診所內 基本護理就診	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
緊急醫護就診	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
專科診所就診	\$30	30% (達到計劃免賠額後)
預防服務 (例如: 篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5,25,26}	30% ^{4,5,25,26}
兒童預防保健就診	\$0, 至23個月大	30%, 至23個月大
生育服務	50% ²⁷	不承保
物理治療、職業病治療和言語治療	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
大多數X光檢查和診斷檢測	\$30	30% (達到計劃免賠額後)
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	10%	30% (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	10%	30% (達到計劃免賠額後)
急診部服務 急診部就診 (若直接住院則免除)	\$200	\$200
救護車	\$150	\$150
處方藥 (最多30天藥量) 非品牌藥 (層級1) 品牌藥 (層級2) 專科藥 (層級4)	\$10 ^{9,28,29} \$25 ^{9,28,29} 每份處方10%, 最多\$250 ^{9,29}	不承保 不承保 不承保
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	10%	30% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務 門診 (診所內)	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內)	10%	30% (達到計劃免賠額後)
藥物濫用障礙服務 門診 (診所內)	\$15	30% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內) - 僅限解毒	10%	30% (達到計劃免賠額後)
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0
針灸 (醫生轉診)	每次就診\$15	30% (達到計劃免賠額後)
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	10% ^{10,30}	30% (達到計劃免賠額後) ^{10,30}
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形鏡片 ¹²	10% (達到計劃免賠額後) ¹²
兒科視力檢查	\$0	0% (達到計劃免賠額後)
成人眼科 (眼鏡)	不承保	不承保
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	不承保

特點	Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental	
	合約保健業者層級 (網絡內) ²³	非合約保健業者層級 (網絡外) ²³
計劃免賠額 (內嵌)	個人 — \$350 ² / 家庭 — \$700 ²	個人 — \$1,000 ² / 家庭 — \$2,000 ²
自付上限 (內嵌)	個人 — \$7,800 ²⁴ / 家庭 — \$15,600 ²⁴	個人 — \$15,600 ^{2,24} / 家庭 — \$31,200 ^{2,24}
診所內		
基本護理就診	\$25	40% (達到計劃免賠額後)
緊急醫護就診	\$25	40% (達到計劃免賠額後)
專科診所就診	\$50	40% (達到計劃免賠額後)
預防服務 (例如: 篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5,25,26}	40% ^{4,5,25,26}
兒童預防保健就診	\$0, 至23個月大	40%, 至23個月大
生育服務	50% ²⁷	不承保
物理治療、職業病治療和言語治療	\$25	40% (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$25	40% (達到計劃免賠額後)
大多數X光檢查和診斷檢測	\$65	40% (達到計劃免賠額後)
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	20%	40% (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	20%	40% (達到計劃免賠額後)
急診服務		
急診部就診 (若直接住院則免除)	20% (達到計劃免賠額後)	20% (達到計劃免賠額後)
救護車	20% (達到計劃免賠額後)	20% (達到計劃免賠額後)
處方藥 (最多30天藥量)		
非品牌藥 (層級1)	\$15 ^{9,28,29}	不承保
品牌藥 (層級2)	\$50 ^{9,28,29}	不承保
專科藥 (層級4)	每份處方25%, 最多\$250 ^{9,29}	不承保
醫院住院護理		
醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	20% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務		
門診 (診所內)	\$25	40% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內)	20% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)
藥物濫用障礙服務		
門診 (診所內)	\$25	40% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內) - 僅限解毒	20% (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)
其他		
虛擬醫護服務	\$0	\$0
針灸 (醫生轉診)	每次就診\$25	40% (達到計劃免賠額後)
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	20% ^{10,30}	40% (達到計劃免賠額後) ^{10,30}
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形鏡片 ¹²	20% (達到計劃免賠額後) ¹²
兒科視力檢查	\$0	0% (達到計劃免賠額後)
成人眼科 (眼鏡)	不承保	不承保
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	不承保

特點	Silver 70 PPO 2500/55 + Child Dental	
	合約保健業者層級 (網絡內) ²³	非合約保健業者層級 (網絡外) ²³
計劃免賠額 (內嵌)	個人 — \$2,500 ² / 家庭 — \$5,000 ²	個人 — \$5,000 ² / 家庭 — \$10,000 ²
自付上限 (內嵌)	個人 — \$8,750 ^{2,24} / 家庭 \$17,500 ^{2,24}	個人 — \$17,500 ^{2,24} / 家庭 — \$35,000 ^{2,24}
診所內 基本護理就診	\$55	40% (達到計劃免賠額後)
緊急醫護就診	\$55	40% (達到計劃免賠額後)
專科診所就診	\$90	40% (達到計劃免賠額後)
預防服務 (例如: 篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5,25,26}	40% ^{4,5,25,26}
兒童預防保健就診	\$0, 至23個月大	40%, 至23個月大
生育服務	50% ²⁷ (達到計劃免賠額後)	不承保
物理治療、職業病治療和言語治療	\$55	40% (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	\$55	40% (達到計劃免賠額後)
大多數X光檢查和診斷檢測	\$90	40% (達到計劃免賠額後)
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	\$300 (達到計劃免賠額後)	40% (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	35% (達到計劃免賠額後)	50% (達到計劃免賠額後)
急診服務 急診部就診 (若直接住院則免除)	35% (達到計劃免賠額後)	35% (達到計劃免賠額後)
救護車	35% (達到計劃免賠額後)	35% (達到計劃免賠額後)
處方藥 (最多30天藥量) 非品牌藥 (層級1) 品牌藥 (層級2) 專科藥 (層級4)	\$19 ^{9,20,28,29} \$85 ^{9,20,28,29} (達到藥物免賠額\$300/\$600後) 每份處方30%, 最多\$250 (達到藥物免賠額\$300/\$600後) ^{9,20,29}	不承保 不承保 不承保
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	35% (達到計劃免賠額後)	50% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務 門診 (診所內)	\$55	40% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內)	35% (達到計劃免賠額後)	50% (達到計劃免賠額後)
藥物濫用障礙服務 門診 (診所內)	\$55	40% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內) - 僅限解毒	35% (達到計劃免賠額後)	50% (達到計劃免賠額後)
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0
脊柱神經治療和針灸	每次就診\$55	40% (達到計劃免賠額後)
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	35% ^{10,30}	40% (達到計劃免賠額後) ^{10,30}
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形鏡片 ¹²	20% (達到計劃免賠額後) ¹²
兒科視力檢查	\$0	0% (達到計劃免賠額後)
成人眼科 (眼鏡)	不承保	不承保
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	不承保

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。

特點	Bronze 60 PPO 6300/60 + Child Dental	
	合約保健業者層級 (網絡內) ²³	非合約保健業者層級 (網絡外) ²³
計劃免賠額 (內嵌)	個人 — \$6,300 ² / 家庭 — \$12,600 ²	個人 — \$12,600 ² / 家庭 — \$25,200 ²
自付上限 (內嵌)	個人 — \$9,100 ^{2,24} / 家庭 — \$18,200 ^{2,24}	個人 — \$18,200 ^{2,24} / 家庭 — \$36,400 ^{2,24}
診所內 基本護理就診	\$60 (頭3次非預防性就診後, 免賠額適用) ²²	100% (最高不超過自付上限) ³²
緊急醫護就診	\$60 (頭3次非預防性就診後, 免賠額適用) ²²	100% (最高不超過自付上限) ³²
專科診所就診	\$95 (頭3次非預防性就診後, 免賠額適用) ²²	100% (最高不超過自付上限) ³²
預防服務 (例如: 篩檢、產前和產後就診以及免疫接種)	\$0 ^{4,5,26,26}	40% ^{4,5,25,26}
兒童預防保健就診	\$0, 至23個月大	40%, 至23個月大
生育服務	40% ²⁷ (達到計劃免賠額後)	不承保
物理治療、職業病治療和言語治療	\$60	100% (最高不超過自付上限) ³²
大多數化驗	\$40	100% (最高不超過自付上限) ³²
大多數X光檢查和診斷檢測	40% (達到計劃免賠額後)	100% (最高不超過自付上限) ³²
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	40% (達到計劃免賠額後)	100% (最高不超過自付上限) ³²
門診手術 (每項手術程序)	40% (達到計劃免賠額後)	100% (最高不超過自付上限) ³²
急診服務 急診部就診 (若直接住院則免除)	40% (達到計劃免賠額後)	40% (最高達到自付上限) ³²
救護車	40% (達到計劃免賠額後)	40% (最高達到自付上限) ³²
處方藥 (最多30天藥量) 非品牌藥 (層級1) 品牌藥 (層級2) 專科藥 (層級4)	\$17 (達到藥物免賠額\$500/\$1,000後) ^{9,21,28,29} 每份處方40%, 最多 \$500 (達到藥物免賠額\$500/\$1,000後) ^{9,21,28,29} 每份處方40%, 最多 \$500 (達到藥物免賠額\$500/\$1,000後) ^{9,21,29}	不承保 不承保 不承保
醫院住院護理 醫生服務、食宿、測試、藥物、用品、治療、生產服務	40% (達到計劃免賠額後)	100% (最高不超過自付上限) ³²
精神健康服務 門診 (診所內)	\$60	100% (最高不超過自付上限) ³²
住院 (醫院內)	40% (達到計劃免賠額後)	100% (最高不超過自付上限) ³²
藥物濫用障礙服務 門診 (診所內)	\$60	100% (最高不超過自付上限) ³²
住院 (醫院內) - 僅限解毒	40% (達到計劃免賠額後)	100% (最高不超過自付上限) ³²
其他 虛擬醫護服務	\$0	\$0
針灸 (醫生轉診)	每次就診\$60 (達到計劃免賠額後)	100% (最高不超過自付上限) ³²
特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) (補充與基本器材)	40% (達到計劃免賠額後) ^{10,30}	100% (最高達到自付上限) ^{10,30}
兒童眼科 (眼鏡)	每年1副眼鏡或隱形鏡片 ¹²	100% (最高達到自付上限) ^{12,32}
兒科視力檢查	\$0	0% (達到計劃免賠額後)
成人眼科 (眼鏡)	不承保	不承保
成人視力檢查 (眼部屈光)	\$0	不承保

請參閱第26頁的計劃腳註。

請參閱第16頁的兒童牙科福利。



兒童牙科理賠

兒童牙科服務是必須與ACA金屬級醫療計劃一起提供的基本健康福利之一。當員工及其受撫養人入保您所選擇的HMO或PPO醫療計劃時，我們也會讓他們另行入保由Delta Dental of California承銷的兒童牙科福利。HMO會員的兒童牙科福利是經由DeltaCare® USA網絡提供，PPO會員經由Delta Dental PPO網絡提供。

服務	HMO計劃 兒童牙科福利	PPO保險計劃 兒童牙科福利 ¹
	會員支付	會員支付
免賠額	\$0	\$0
自付 (OUT-OF-POCKET, OOP) 上限	一名小孩\$350/多名小孩\$700。	\$0 ²
等候期	無	無
診所就診	\$0	\$0
診斷和預防 定期和全面 — 口腔評估	\$0	\$0
咬翼片X光檢查	\$0	\$0
預防性洗牙	\$0	\$0
塗氟治療	\$0	\$0
空間維持器	\$0	\$0
修補溝隙封閉劑	\$0	\$0
牙周病 維護	\$30	50%
牙結石刮除和牙根整平術	\$30	50%
外科手術 — 牙骨（包括翻瓣切入和閉合）	\$265	50%
修復 補牙 - 乳齒或恆齒銀汞合金	\$25	20%
複合牙冠 — 樹脂，單面，前牙	\$30	20%
牙冠 — 瓷	\$300	20%
牙髓病 治療性牙髓切斷術	\$40	50%
根管治療 — 前牙	\$195	50%
根管治療 — 臼齒	\$300	50%
牙修復 全口假牙	\$300	50%
上顎假牙換底墊 — 診療椅邊服務且僅限「局部假牙」	\$60	50%
上顎假牙換底墊 — 技工室服務且僅限「局部假牙」	\$90	50%
口腔和上頰面手術 拔牙 — 萌生齒或牙根暴露	\$65	50%
手術拔除萌生齒	\$120	50%
牙齒矯正（若為醫療上必要的服務）	\$350 ³	50%

1.所有金屬級的PPO醫療計劃均內嵌兒童牙科理賠。2.不另設兒童牙科OOP上限 — 計入醫療OOP上限3.牙齒矯正只包括醫療上必要的牙齒矯正服務。

補充家庭牙科計劃

這些計劃是由Delta Dental of California管理，其乃全美規模最大且最有經驗的牙科福利保健業者之一。

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 按服務收費 (Premier) 牙科計劃

這些牙科保險計劃是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.的子公司Kaiser Permanente Insurance Company承銷，並由Delta Dental of California管理。以下計劃旨在不在滿足ACA兒童牙科福利規定。

服務	計劃C	計劃D	計劃E	含牙齒矯正的計劃E
	計劃支付*	計劃支付*	計劃支付*	計劃支付*
所有免賠額均不適用於以下診療程序。				
檢查 - 每年兩次	100%	100%	100%	100%
咬翼片X光檢查 - 每年兩次 適用於18歲以下的兒童，或者19歲及19歲以上的成人每年一次	100%	100%	100%	100%
其他X光檢查 全口X光檢查、單齒X光檢查及環口X光檢查，任5年期間一次	80%	80%	80%	80%
預防措施（洗牙） 每年兩次洗牙，目的在去除牙菌斑、牙結石（礦化的牙菌斑）與牙漬，以協助預防牙齒疾病	100%	100%	100%	100%
塗氟 僅適用於18歲以下的兒童，每年兩次	100%	100%	100%	100%
空間維持器	100%	100%	100%	100%
免賠額適用於根據計劃D、E以及含牙齒矯正的計劃E所進行的診療程序。				
免賠額 每年每人，每年全家最多\$75	無免賠額	\$25	\$25	\$25
福利上限 福利上限是計劃每年為每個人給付的總金額	\$500	\$1,000	\$1,000	\$1,000
牙科植體	不承保	不承保	不承保	不承保
假牙換底墊 - 每年兩次	不承保	80%	80%	80%
補牙	80%	80%	80%	80%
不鏽鋼牙冠 僅限乳齒	80%	80%	80%	80%
牙髓病 與治療牙根和牙齒神經有關的牙科專科	不承保	80%	80%	80%
牙周病 與治療牙齦、組織和支撐牙齒之骨骼有關的牙科專科	不承保	80%	80%	80%
口腔外科手術	不承保	80%	80%	80%
牙冠和鑄模修復 包括5年後的更換，但僅適用於原本屬於KPIC牙科計劃承保範圍者	不承保	不承保	50%	50%
牙修復 標準活動式假牙裝置（包括5年後的更換，但僅適用於原本屬於KPIC牙科計劃承保範圍者）	不承保	不承保	50%	50%
牙齒矯正 對於未超過18歲的合格受撫養子女，每位受保人終生付費上限為\$1,500（由本計劃支付部分或全部費用的牙齒矯正裝置，其更換或維修程序不屬於承保範圍。）	不承保	不承保	不承保	50%

*福利給付將以現行費用或提交金額費用為依據，以金額較低者為準。

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

PPO 牙科計劃

生效日期2024年1月1日至2024年12月1日

這些牙科保險計劃是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.的子公司Kaiser Permanente Insurance Company承銷，並由Delta Dental of California管理。以下計劃旨在不在滿足ACA兒童牙科福利規定。

服務	PPO AG 1500		PPO AH 2000		PPO D 1500		PPO E 1000		PPO E 1500	
	計劃支付 ¹ (PPO網絡)	計劃支付 ^{1,2} (網絡外)	計劃支付 ¹ (PPO網絡)	計劃支付 ^{1,2} (網絡外)	計劃支付 (PPO + Premier網絡)	計劃支付 ² (網絡外)	計劃支付 (PPO + Premier網絡)	計劃支付 ² (網絡外)	計劃支付 (PPO + Premier網絡)	計劃支付 ² (網絡外)
所有免賠額均不適用於以下診療程序。										
檢查 - 每年兩次	100%	90%	100%	90%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
咬翼片X光檢查 - 每年兩次 適用於18歲以下的兒童，或者19歲及19歲以上的成人每年一次	100%	90%	100%	90%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
其他X光檢查 全口X光檢查、單齒X光檢查及環口X光檢查，任5年期間一次	80%	70%	80%	70%	80%	50%	80%	50%	80%	50%
預防措施（洗牙） 每年兩次洗牙，目的在去除牙菌斑、牙結石（礦化的牙菌斑）與牙漬，以協助預防牙齒疾病	100%	90%	100%	90%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
塗氟 僅適用於18歲以下的兒童，每年兩次	100%	90%	100%	90%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
空間維持器	100%	90%	100%	90%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
免賠額適用於以下程序。										
免賠額	\$50	\$50	\$50	\$50	\$25	\$50	\$25	\$50	\$25	\$50
福利上限 福利上限是計劃每年為每個人給付的總金額	\$1,500		\$2,000		\$1,500		\$1,000		\$1,500	
牙科植體	不承保	不承保	50%	50%	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保
假牙換底墊 - 每年兩次	80%	70%	80%	70%	80%	50%	80%	50%	80%	50%
補牙	80%	70%	80%	70%	80%	50%	80%	50%	80%	50%
不鏽鋼牙冠 - 僅限乳齒	80%	70%	80%	70%	80%	50%	80%	50%	80%	50%
牙髓病 與治療牙根和牙齒神經有關的牙科專科	80%	70%	80%	70%	80%	50%	80%	50%	80%	50%
牙周病 與治療牙齦、組織和支撐牙齒之骨骼有關的牙科專科	80%	70%	80%	70%	80%	50%	80%	50%	80%	50%
口腔外科手術	80%	70%	80%	70%	80%	50%	80%	50%	80%	50%
牙冠和鑄模修復 包括5年後的更換，但僅適用於原本屬於KPIC牙科計劃承保範圍者	50%	50%	50%	50%	不承保	不承保	50%	50%	50%	50%
牙修復 標準活動式假牙裝置（包括5年後的更換，但僅適用於原本屬於KPIC牙科計劃承保範圍者）	50%	50%	50%	50%	不承保	不承保	50%	50%	50%	50%
牙齒矯正 對於未超過18歲的合格受撫養子女，每位受保人終生付費上限為\$1,500（由本計劃支付部分或全部費用的牙齒矯正裝置，其更換或維修程序不屬於承保範圍。）	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保	不承保

1.針對所有牙科醫生所提供的補償將以PPO保健業者簽約費用為依據。2.福利給付將以現行費用或提交金額費用為依據，以金額較低者為準。

DeltaCare USA是由Delta Dental of California承銷及管理。以下計劃旨在不在滿足ACA兒童牙科福利規定。

服務	DELTACARE 10A	DELTACARE 13B
	會員支付	會員支付
預防保健 - 每年兩次 定期和全面 - 口腔評估	免費	免費
咬翼片X光檢查 - 每年兩次 適用於18歲以下的兒童，或者19歲及19歲以上的成人每年一次	免費	免費
預防措施 - 每年兩次	免費	免費
塗氟治療 僅適用於19歲以下的兒童，每年兩次	免費	免費
空間維持器 活動式 - 單側	\$10	\$50
牙周病 - 每年兩次 維護	免費	\$35
牙結石刮除和牙根整平術 每年限4個象限	免費	\$50
外科手術 - 牙骨（包括翻瓣切入和閉合） 每個象限4顆或4顆以上牙齒	\$175	\$300
修復 - 4個或4個以上表面 補牙 - 乳齒或恆齒銀汞合金	免費	免費
複合牙冠 - 樹脂 前牙	免費	\$55
牙冠 - 瓷	\$195	\$355
嵌體 - 金屬 1個表面	免費	\$145
牙髓病 治療性牙髓切斷術 不含最後修復	免費	\$25
牙根切斷術 - 每個牙根	免費	\$70
根管治療 - 前牙 不含最後修復	\$45	\$95
根管治療 - 臼齒 不含最後修復	\$205	\$335
牙修復 - 全口假牙 入保人必須持續符合資格，且服務必須在原來提供假牙的簽約牙科醫生設施內提供。	\$100	\$285
上顎或下顎假牙換底墊 - 診療椅邊服務 全口或局部	免費	\$50
上顎或下顎假牙換底墊 - 技工室服務 全口或局部	\$35	\$85
口腔和上頰面手術 拔牙 - 萌生齒或牙根暴露 墊高和/或鑷鉗拔牙	免費	\$5
手術拔除萌生齒 全口或局部	\$15	\$45
牙齒矯正 全口牙齒矯正 19歲以下的兒童或青少年	\$1,700	\$1,900
全口牙齒矯正 成人，包括受保的受撫養成年子女	\$1,900	\$2,100

上列福利僅為提供的服務與相關費用的範例。費用將會隨服務而異。請參閱《承保範圍說明書》，以查看所有服務與費用的完整清單。DeltaCare福利僅有在由網絡內的California DeltaCare HMO保健業者提供時才屬於承保範圍。在加州，DeltaCare USA是由Delta Dental of California承銷及管理。

KPIC按服務收費 (Premier) 和KPIC PPO牙科計劃的不受保項目

KPIC按服務收費 (Premier) 和PPO牙科保險計劃旨在不在滿足ACA兒童牙科福利規定。

任何Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 團體牙科保險計劃都不承保以下服務：

- 美容手術、牙科或用於矯正遺傳性、先天性或發育上畸形的服務。
- 因磨損而損壞所需之修復牙齒結構的牙冠和／或鑄模修復或咀嚼面修復。
- 在個人入保資格生效日期前便已開始進行的牙修復服務或診療程序。
- 處方藥物、止痛藥、抗微生物藥劑或實驗性／研究性診療程序
- 麻醉 (口腔外科手術所使用的全身麻醉除外)。
- 植牙服務 (在上顎或下顎或者上顎骨或下顎骨植入假體裝置，以用於維持或支撐假牙)、植體移除或其他相關診療程序。不適用於PPO AH 2000。
- 與顫顎關節 (Temporomandibular Joint, TMJ) 相關的治療。
- 牙齒矯正治療，但有資格使用含牙齒矯正之計劃E的受撫養子女除外。
- 比獲得認可之牙科診所慣常提供的服務等級更高，或使用專門技術而非標準診療程序的治療計劃；例如在標準假牙足以治療的情況下使用精密假牙。
- 基於修復現有蛀牙以外之任何目的，而更換現有修復物料。
- 靜脈注射鎮靜劑、咬合板或全口咬合調整。

超過\$300的服務建議預先接受福利判定。本文件旨不在作為計劃總結說明，亦非作為Certificate of Insurance或Schedule of Coverage (承保範圍表) 之用。本文件僅為福利、不受保項目和限制的總結。

如果您對福利結構、限制或不受保項目有具體疑問，請查看Certificate of Insurance及Schedule of Coverage或於週一至週五上午8:00至下午5:00致電**800-835-2244**與Delta Dental的客戶服務部聯絡。

如需網絡內保健業者清單，請與Delta Dental的客戶服務部聯絡或瀏覽deltadentalins.com。

本牙科保險計劃是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 的子公司Kaiser Permanente Insurance Company承銷，並由Delta Dental of California管理。

DeltaCare HMO牙科計劃理賠不受保項目

DeltaCare HMO計劃旨在滿足ACA兒童牙科福利規定。

- 入保PPO醫療計劃且居住於加州以外的員工不可選用DeltaCare HMO牙科計劃。
- 根據合約牙醫的專業意見，任何程序：
 - 根據一顆或多顆牙齒狀況和/或牙齒周圍結構判斷，成功治療結果和合理使用壽命的預後不佳；或
 - 不符合牙科普遍接受的標準。
- 純粹為了美容目的而提供的服務，但D9972醫療程序（外部漂白，每側牙弓）除外，或針對因遺傳性或發育上的缺陷而導致的病症所提供的服務，如裂顎、上下顎畸形、先天性牙齒缺失及牙齒變色或缺少琺瑯質（治療新生兒先天缺陷或出生異常除外）。
- 未滿16歲之兒童的陶瓷牙冠、金屬熔陶瓷、鑄金屬或帶金屬樹脂牙冠以及固定式局部假牙（牙橋）。
- 遺失或遭竊的裝置，包括但不限於全口或局部假牙、空間維持器、牙冠以及固定式局部假牙（牙橋）。
- 旨在變更咬合垂直距離或診斷或治療顳骨與下頷關節（Temporomandibular Joint, TMJ）異常病症的手術程序、裝置或修復服務。
- 活動式裝置所需的貴金屬、全口假牙的金屬或永久性軟底墊、陶瓷假牙、活動式或固定式局部假牙的精密支台齒（覆蓋體、植體及相關裝置）以及個人化和特製化的全口與局部假牙。
- 由植入物支撐的牙具和附著件；植入物的植入、維護或移除；以及所有與植牙有關的其他服務。
- 不屬於承保範圍的理賠諮詢。
- 由指定簽約牙科醫生、獲得事先授權的牙科專科醫生或簽約矯形牙科醫生以外的任何牙科設施所提供的牙科服務，但合約和/或《承保範圍說明書》所述的急診服務除外。
- 醫院、門診外科手術中心、長期護理設施或其他類似護理設施的入院費、使用費或住院費等所有相關費用。
- 處方藥。
- 在入保人於DeltaCare USA Program的入保資格生效之前便已開始進行的任何牙科或牙齒矯正外科診療相關牙科費用。例子包括：為了牙冠、正在進行的根管治療、全口或局部假牙（已進行牙齒印模）和牙齒矯正所進行的牙齒處理，除非符合進行性牙齒矯正治療的規定。
- 牙齒矯正裝置遺失、遭竊或損壞。
- 因任何類型的意外事故所引起的必要牙齒矯正治療變更。
- 肌肉功能和口腔功能異常所需的牙齒裝置和/或治療。
- 複合材料或陶瓷牙套、舌側調整矯正帶以及標準固定式和活動式牙齒矯正裝置的其他特製替代品或為了美觀而提供的替代品。
- 由專門從事牙修復服務的牙科醫生提供的治療或裝置。

如需其他福利資訊或Delta牙科醫生名錄，請致電800-422-4234與Delta Dental聯絡或瀏覽deltadentalins.com。



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION





脊柱神經治療和針灸*

服務是由American Specialty Health Plans of California, Inc® (ASH Plans) 管理。

特點	會員支付
診所就診共付額	每次就診\$15
診所就診限制	每年合計20次就診
脊柱神經治療器材福利	脊柱神經治療器材若由ASH Plans合約脊柱神經醫生作為脊柱神經護理的一部分開立處方及提供，則每年最多\$50。
X光檢查和化驗	\$0

服務

當合約脊柱神經醫生提供醫療必要的脊柱神經服務以診斷或治療肌肉骨骼及相關病症時，均屬於承保範圍內。當合約針灸師提供醫療必要的針灸服務以診斷或治療肌肉骨骼及相關病症、噁心或疼痛時，均屬於承保範圍內。**您無需透過Kaiser Permanente計劃醫生轉介，即可接受任何ASH Plans合約脊柱神經醫生和針灸師的服務。**

診所就診：承保服務僅限由ASH合約保健業者授權和提供且醫療上必要的脊柱神經治療與針灸服務，除非是初步檢查、急診和緊急脊柱神經治療與針灸服務，以及透過ASH合約保健業者或透過與ASH簽約以提供承保醫護服務的其他持照保健業者無法取得的服務。**您可透過任何ASH合約保健業者取得初步檢查，而無需Kaiser Permanente計劃醫生的轉診。**每次診所就診均會計入任何就診次數限制中（如適用）。

X光檢查及化驗：醫療上必要的X光檢查及化驗可獲得免費承保，但條件是其必須屬於保健業者開立之承保脊柱神經護理的一部分，且由ASH合約保健業者提供服務或將您轉診給與ASH簽約提供服務的其他持照保健業者。

急診服務：承保的脊柱神經治療服務，用於治療肌肉骨骼及相關病症，其導致程度相當嚴重的急性症狀（包括劇痛），若未能獲得即時的脊柱神經治療服務，將對您的健康、身體機能或器官造成嚴重損害。

承保的針灸服務，用於治療肌肉骨骼及相關病症、噁心或疼痛，其導致程度相當嚴重的急性症狀（包括劇痛），若未能獲得即時的針灸服務，將對您的健康、身體機能或器官造成嚴重損害。

合約脊柱神經醫生和針灸師

ASH Plans與ASH合約保健業者以及提供承保脊柱神經治療服務和承保針灸服務的其他持照保健業者簽約。您必須透過ASH合約保健業者或透過與ASH簽約的其他持照保健業者取得這些服務，除非是急診脊柱神經治療服務、急診針灸服務、緊急脊柱神經治療服務、緊急針灸服務、合約保健業者無法提供的服務，以及事先獲得ASH Plans授權的服務。Kaiser Permanente Senior Advantage的會員可在ASH Plans的網站 ashlink.com/ash/kaisercamedicare（英文）或者其他所有會員可在ashlink.com/ash/kp（英文）網站找到ASH合約保健業者的清單，或請致電800-678-9133（聽障及語障電話專線711）向ASH Plans客戶服務部索取。ASH合約醫護人員清單可能隨時更改，恕不另行通知。

如何取得承保服務

若要取得承保服務，請致電ASH合約保健業者安排初步檢查。如需接受服務，可能必須證明此等服務為醫療上必要的服務。您的ASH合約保健業者會申請任何必要的醫學治療。一位與提供接受審核之服務的保健業者屬於相同或類似專科的ASH Plans臨床醫護人員將會決定服務是否為醫療上必要的服務。若您提出要求，ASH Plans將會向您披露計劃在決定授權、修改、延遲或拒絕授權申請時所使用的書面標準。若您有疑問或顧慮，請與ASH Plans客戶服務部聯絡。

這是一份摘要，旨在重點說明與脊柱神經治療和針灸福利（包括共付額）有關的最常見問題。如需瞭解脊柱神經治療和針灸福利的詳細說明（包括不受保項目和限制、急診脊柱神經治療服務和急診針灸服務），請參閱 *Kaiser Foundation Health Plan, Inc.* 《承保範圍說明書》中的「脊柱神經治療和針灸服務綜合修訂條款」。

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (簡稱Health Plan) 與American Specialty Health Plans of California, Inc. (簡稱ASH Plans) 簽有合約，以為您提供ASH Plans合約脊柱神經醫生和合約針灸師網絡。**您無需透過計劃醫生轉介，即可獲得任何合約脊柱神經醫生或合約針灸師的承保服務。**當您接受承保服務時，您應支付您的成本分擔。請參閱 *Kaiser Foundation Health Plan, Inc.* 《承保範圍說明書》中「脊柱神經治療和針灸服務綜合修訂條款」的定義部分以瞭解須知術語。

獲得協助

若您對自己透過合約保健業者獲得的服務有疑問或顧慮，您可在週一至週五的上午5:00至下午6:00致電 **800-678-9133**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與ASH Plans會員服務部聯絡，或按下列地址寫信給ASH Plans：

ASH Plans Member Services
P.O. Box 509002
San Diego, CA 92150-9002

爭議解決

您可以就任何問題向Kaiser Permanente提出申訴。您必須在申訴中說明您的問題，例如您認為決定有誤的理由，或為什麼您對自己獲得的服務感到不滿。您可以根據您的保健計劃《承保範圍說明書》中「爭議解決」一節所述以口頭或書面方式向Kaiser Permanente提出申訴。

*下列計劃包含脊柱神經治療和針灸護理的綜合承保：

- Platinum 90 HMO 0/10 + Child Dental Alt
- Platinum 90 HMO 250/30 + Child Dental Alt
- Gold 80 HMO 0/35 + Child Dental Alt
- Gold 80 HMO 1000/40 + Child Dental Alt
- Silver 70 HMO 1900/65 + Child Dental Alt
- Silver 70 HMO 2300/65 + Child Dental Alt
- Silver 70 HMO 2950/65 + Child Dental Alt
- Bronze 60 HMO 5400/60 + Child Dental Alt



耐用醫療器材 (DME) 理賠項目

居家治療福利是針對有特定病況和/或疾病的病人所提供。

所有Kaiser Permanente小型企業團體金屬級計劃均承保屬於基本健康福利的「基本」DME器材和不屬於基本健康福利的「補充」DME器材。

補充DME福利每年有\$2,000的福利上限

以下是DME承保項目的範例清單。*

基本DME承保範圍

- 血糖測量儀與用品
- 骨質生長刺激器
- 手杖和拐杖
- 頸牽引器 (裝在門上)
- 床墊的乾壓墊
- 靜脈注射泵浦和用品
- 靜脈輸液架
- 噴霧器和補給品
- 尖峰呼吸空氣流量計
- 光療毯

補充DME承保範圍

- 氧氣罐
- 連續氣道正壓呼吸器 (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP)
- 輪椅
- 醫院病床

*如果您位於Kaiser Permanente區域之外，則某些DME項目可能無法承保。如欲進一步瞭解包括成本分擔、福利上限及限制項目在內的DEM理賠資訊，請參閱《(披露表) 承保範圍說明書》(Combined Disclosure Form and Evidence of Coverage) 或Certificate of Insurance。

👓 兒科視力保健

(只限在Kaiser Permanente所提供的Kaiser Permanente Vision Essentials服務)

平價醫療法案 (ACA) - 合格保健計劃包括由您可信賴的Kaiser Permanente驗光配鏡師和眼科醫生所提供的視力福利和醫療護理。透過Kaiser Permanente的Vision Essentials，您可將視力保健納入您的整體健康服務。由於我們的驗光配鏡師和眼科醫生均使用整合式醫護系統，因此他們會和我們更大規模的醫療專業人員團隊保持聯繫。定期眼睛檢查不僅可以發現視力問題，還可發現其他重要健康問題的症狀。

服務必須由Kaiser Permanente保健業者進行和提供，服務對象為未滿19歲且受保於ACA金屬級計劃的兒童。他們將可根據自己的視力需求從Value Collection中選擇普通透明眼鏡或隱形眼鏡。

特點	會員支付
例行視力檢查 ¹	\$0
眼鏡選項 ² 年度眼睛屈光檢查 普通透明眼鏡 (僅限Value Collection鏡框和鏡片)	\$0 \$0
隱形眼鏡選項 ³ 年度眼睛屈光檢查 隱形眼鏡配驗費用 一副標準或一次性隱形眼鏡	\$0 \$0 \$0

1.安排由計劃驗光配鏡師進行例行眼睛檢查，以判定是否需要視力矯正和提供眼鏡鏡片處方 (無須支付計劃免賠額)。2.若您較喜歡配戴眼鏡而非隱形眼鏡，我們可每12個月承保一次您從指定平價鏡框系列所挑選的整副眼鏡 (鏡框和普通眼鏡鏡片) (無須支付計劃免賠額)，條件是必須由醫生或驗光配鏡師開處方且由計劃保健業者將鏡片裝入眼鏡鏡框中。3.若您較喜歡戴隱形眼鏡而非眼鏡，我們可承保下列其中一種隱形眼鏡 (無須支付計劃免賠額)，包括配驗和配發，條件是必須由醫生或驗光配鏡師開處方且透過計劃診所或計劃眼鏡銷售處取得：• 標準隱形鏡片：在任12個月期間一副鏡片 • 一次性隱形鏡片：在任12個月期間，每側眼睛一次提供6個月的使用量。

重要資訊

如欲查找金屬級計劃的提供地點、產品和服務，請瀏覽kp2020.org (英文)。如需有關兒童視力的進一步詳細資訊，請參閱Combined Disclosure Form and Evidence of Coverage。

計劃腳註

所有網絡內服務的成本分擔金額將累積計入自付上限中。

預防性服務無須成本分擔，非合約保健業者提供的服務除外。如需預防性服務的完整清單，請參閱《承保範圍說明書》、Certificate of Insurance或account.kp.org（英文）。

Kaiser Permanente計劃並未包含原有病症條款。

* Covered California for Small Business與CaliforniaChoice®亦有提供本計劃。

† 某些計劃名稱中的「ALT」簡寫是表示Kaiser Permanente擬定了不同於標準計劃的計劃，且這些計劃可透過Covered California for Small Business取得。

1. 本計劃有內嵌的自付上限。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。
2. 本計劃有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（視福利而定），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。
3. 自付上限是個人或家庭在一年內將需為特定服務支付的金額上限。
4. 預防性化驗檢測、X光檢查及免疫接種屬於預防性檢查的承保範圍。
5. 排定的產前就診和產後就診。
6. 可在支付額外費用後將生育福利加入本計劃。請與您的經紀人或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得進一步資訊。
7. 與預防性服務相關的化驗室和診斷測試、X光和MRI/CT/PET掃描均免費。
8. 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（英文）或致電會員服務聯絡中心，以瞭解承付藥物手冊的相關資訊，包括專科等級的藥物。
9. 郵購：合格處方藥最多100天的藥量，只需60天的費用。
10. 基本和補充的DME均可獲得承保。補充的DME服務每年有合計最高\$2,000的福利上限。請參閱《承保範圍說明書》，以瞭解DME福利包括哪些項目的資訊。
11. 5天之後，同一次住院的額外住院天數即可免費獲得承保。
12. 未滿19歲。有限選擇中的一副眼鏡。
13. 補助適用於眼鏡鏡片、鏡框及隱形眼鏡配驗及配鏡的費用，每24個月提供一次。
14. Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente驗光中心購買眼鏡和隱形眼鏡可享受折扣。這些折扣不可與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、任何隱形眼鏡延伸購買協議或弱視輔具或裝置。請瀏覽kp2020.org（英文），以查看Kaiser Permanente的驗光中心地點。
15. 僅自己入保：有1位會員的家庭。個人：有2位或2位以上會員之家庭中的每位會員。家庭：有2位或2位以上會員之家庭中的全部會員。
16. 選擇Gold HRA HMO 2250/35 Deductible HMO with HRA plan的團體必須為每位入保員工設立HRA並且提供資金。可為每位員工出資的範圍為\$200至\$400。如果團體承保受撫養人，可為每個家庭出資的範圍為\$200至\$800。
17. 針對HSA-qualified HDHP HMO計劃會員，所有排定的非預防性遠距看診（電話及視訊）。
18. 該計劃的藥物免賠額為個人\$100、家庭\$200，用於處方費用和自付上限。每個家庭成員在達到個人藥物免賠額或自付上限（視理賠而定），或是達到家庭免賠額之後，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。
19. 該計劃的藥物免賠額為個人\$250、家庭\$500，用於處方費用和自付上限。每個家庭成員在達到個人藥物免賠額或自付上限（視理賠而定），或是達到家庭免賠額之後，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。
20. 該計劃的藥物免賠額為個人\$300、家庭\$600，用於處方費用和自付上限。每個家庭成員在達到個人藥物免賠額或自付上限（視理賠而定），或是達到家庭免賠額之後，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。
21. 該計劃的藥物免賠額為個人\$500、家庭\$1,000，用於處方費用和自付上限。每個家庭成員在達到個人藥物免賠額或自付上限（視理賠而定），或是達到家庭免賠額之後，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。
22. 前3次就診免除免賠額，非預防性基本護理、專科護理、其他執業人員的醫護服務、緊急醫護以及精神／行為健康和藥物濫用障礙門診服務合併計算。
23. 按承保服務的最高許可收費給付。許可收費上限意指下列費用較低者：一般、慣常及合理費用；議定費率；或實際帳單費用。許可收費上限可能少於保健業者實際請款的費用。受保人可能需負責支付超過承保服務許可收費上限的任何金額。
24. 計入非合約保健業者層級自付上限的承保費用不會累積計入合約保健業者層級的自付上限。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。
25. 根據《平價醫療法案(ACA)》(Affordable Care Act, ACA)規定承保例行產前護理診所就診。此項服務包括初診及後續門診的記錄、體檢、記錄體重、血壓、胎兒心音及例行驗尿。
26. 生產和母嬰住院護理均屬於您住院服務福利的承保範圍。如需完整瞭解生育服務，請參閱您的KPIC Certificate of Insurance。
27. 不孕症治療的福利給付限每年\$1,000，服務需由合約保健業者提供。不孕症服務包括輸卵管內精卵植入術(Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT)。體外受精不屬於承保範圍。不孕症診斷的福利給付將會比照任何其他疾病的方式承保。
28. 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，外加非品牌藥與品牌藥之間的費用差額。
29. 您的計劃有開放式無限制性的承付藥物手冊；但是，特定處方藥可能不在承保範圍內。請參閱您的KPIC Certificate of Insurance，以獲得完整的限制和不受保項目清單。不論您使用什麼保健業者，您都必須在MedImpact藥房配領處方藥。請致電800-788-2949向MedImpact查詢合約藥房。
30. 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用的附針頭注射器、測試條、採血針、皮膚保護器具、皮膚適膠片和透明薄膜敷料。共保額是以實際帳單費用為依據，不受每年DME上限\$2,000的限制。
31. 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家訪。
32. 即使已達到免賠額，會員仍須為特定福利支付100%共保額，直至達到自付上限為止。達到自付上限後，承保服務將不收費。

account.kp.org (英文)