

BRONZE 60 HMO 5400/60* + CHILD DENTAL ALT†

Deductible HMO Plan

†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。本Alt計劃也包括脊柱神經治療和針灸福利。

特點	會員支付
計劃免賠額 內嵌	個人 — \$5,400 ¹ 家庭 — \$10,800 ¹
自付上限 內嵌	個人 — \$8,300 ^{1,2} 家庭 — \$16,600 ^{1,2}
診所內	
基本護理就診	\$60（達到計劃免賠額後） ³
緊急醫護就診	\$60（達到計劃免賠額後） ³
專科診所就診	\$80（達到計劃免賠額後） ³
預防性檢查、疫苗（免疫接種）	\$0 ⁴
產前護理	\$0 ⁵
產後護理	\$0 ⁵
兒童預防保健就診	\$0 ⁶
過敏注射	每次就診\$5（達到計劃免賠額後）
生育服務	不承保 ⁷
物理治療、職業病治療和言語治療	\$65
大多數化驗	\$30（達到計劃免賠額後）
大多數X光檢查和診斷檢測	50%（達到計劃免賠額後）
大多數磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)／電腦斷層 (Computerized Tomography, CT)／正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描	50%（達到計劃免賠額後）
門診手術（每項手術程序）	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）	50%（達到計劃免賠額後）
救護車	50%（達到計劃免賠額後）
處方藥	
非品牌藥 （最多30天藥量）	\$20 ⁸
品牌藥 （最多30天藥量）	每份處方50%，最多\$500 （達到計劃免賠額後） ⁸
專科藥物 （最多30天藥量）	每份處方50%，最多\$500 （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	50%（達到計劃免賠額後）
專業護理院醫療護理 （每個福利期最多100天）	50%（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） ³
住院（醫院內）	50%（達到計劃免賠額後）
物質濫用障礙服務	
門診（診所內）	\$0（達到計劃免賠額後） ³
住院（醫院內）- 僅限解毒	50%（達到計劃免賠額後）
其他	
遠距看診	\$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）
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） ⁹
特定假體及矯形裝置	\$0
兒童眼科（視力矯正器）	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹⁰
兒童視力檢查	\$0
成人眼科（視力矯正器）	不承保 ¹¹
成人視力檢查（眼部屈光）	\$0
居家健康護理（每年最多100次家訪）	50%（達到計劃免賠額後）
安寧護理	\$0

(續上頁)

¹本計劃有內嵌的免賠額和自付上限。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。

²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。

³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。

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兒童保健就診（至23個月大為止）。

⁷可在支付額外費用後將不孕症福利加入本計劃。請與您的經紀人或Kaiser Permanente代表聯絡，以取得進一步資訊。

⁸由計劃醫生開立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](https://www.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》(Evidence of Coverage)，以瞭解DME福利包括哪些項目的資訊。

¹⁰未滿19歲。1副眼鏡，款式有限。

¹¹Kaiser Permanente會員在Kaiser Permanente驗光中心購買眼鏡和隱形眼鏡可享折扣。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、任何隱形眼鏡延伸購買協議或弱視輔具或裝置。請瀏覽[kp2020.org](https://www.kp2020.org)（英文），以查看Kaiser Permanente的驗光中心地點。

這僅是一份福利總結且內容可能有變更。 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，亦不作為《承保範圍說明書》或*Certificate of Insurance*之用。