

GOLD 80 HDHP HMO 1600/15%* + CHILD DENTAL ALT†

HSA-qualified High Deductible Health Plan (HSA可經Kaiser Permanente管理)

†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計劃不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	僅自己入保 — \$1,600 ^{1,2} 個人 — \$3,000 ^{1,2} 家庭 — \$3,200 ^{1,2}
自付上限 內嵌	個人 — \$3,550 ^{1,3} 家庭 — \$7,100 ^{1,3}
診所內 基本護理就診	15% (達到計劃免賠額後)
緊急醫護就診	15% (達到計劃免賠額後)
專科診所就診	15% (達到計劃免賠額後)
預防性檢查、疫苗 (免疫接種)	\$0 ⁴
產前護理	\$0 ⁵
產後護理	\$0 (達到計劃免賠額後) ⁶
兒童預防保健就診	\$0 ⁷
過敏注射	每次就診15% (達到計劃免賠額後)
生育服務	不承保 ⁸
物理治療、職業病治療和言語治療	15% (達到計劃免賠額後)
大多數化驗	15% (達到計劃免賠額後)
大多數X光檢查和診斷檢測	15% (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	15% (達到計劃免賠額後)
門診手術 (每項手術程序)	15% (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)	15% (達到計劃免賠額後)
救護車	15% (達到計劃免賠額後)
處方藥 非品牌藥 (最多30天藥量)	\$15 (達到計劃免賠額後) ⁹
品牌藥 (最多30天藥量)	\$45 (達到計劃免賠額後) ⁹
專科藥物 (最多30天藥量)	每份處方15%，最多\$250 (達到計劃免賠額後) 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	15% (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)	15% (達到計劃免賠額後)
精神健康服務 門診 (診所內)	15% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內)	15% (達到計劃免賠額後)
物質濫用障礙服務 門診 (診所內)	15% (達到計劃免賠額後)
住院 (醫院內) - 僅限解毒	15% (達到計劃免賠額後)
其他 遠距看診	\$0 (達到計劃免賠額後) ¹⁰
針灸	醫生轉介的針灸每次就診15% (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)	15% (達到計劃免賠額後) ¹¹
特定假體及矯形裝置	\$0 (達到計劃免賠額後)
兒童眼科 (視力矯正器)	每年1副眼鏡或隱形眼鏡 ¹²
兒童視力檢查	\$0
成人眼科 (視力矯正器)	不承保 ¹³
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)	15% (達到計劃免賠額後)
安寧護理	\$0 (達到計劃免賠額後)

(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所有會員。

³自付上限是個人或家庭在一年內將需為所有承保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。

⁶僅免費承保首次產後就診。

⁷兒童保健就診（至23個月大為止）。

⁸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。

⁹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。

¹⁰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）。

¹¹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。

¹²未滿19歲。1副眼鏡，款式有限。

¹³Kaiser 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不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。