

Platinum 90 HMO 0/10* + Child Dental ALT[†]

Copay HMO Plan

Ngày hiệu lực: ngày 1 tháng 1 – ngày 1 tháng 12 năm 2024

ĐẶC ĐIỂM	HỘI VIÊN TRẢ
TIỀN KHẤU TRỪ THEO CHƯƠNG TRÌNH (Cố định)	\$0
CHI PHÍ TỰ TRẢ TỐI ĐA (Cố định)	Cá nhân \$3,000 ^{1,2} / Gia đình \$6,000 ^{1,2}
TẠI VĂN PHÒNG Y TẾ	
Thăm khám chăm sóc chính	\$10
Thăm khám chăm sóc khẩn cấp	\$10
Thăm khám tại phòng khám chuyên khoa	\$20
Dịch vụ phòng ngừa (ví dụ: khám sàng lọc, khám chăm sóc tiền sản và hậu sản và chủng ngừa)	\$0 ^{3,4}
Thăm khám chăm sóc phòng ngừa dành cho trẻ em khỏe mạnh	\$0 đến 23 tháng tuổi
Tiêm thuốc điều trị dị ứng	\$5 mỗi lần thăm khám
Dịch vụ sinh sản	Không được đài thọ ⁵
Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và âm ngữ trị liệu	\$10
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	\$20 ⁶
Hầu hết các loại chụp X-quang và xét nghiệm chẩn đoán	\$40 ⁶
Hầu hết các loại chụp MRI/CT/PET	\$150 ⁶
Giải phẫu dành cho bệnh nhân ngoại trú (mỗi thủ thuật)	\$300
DỊCH VỤ CẤP CỨU	
Khám tại phòng cấp cứu (được miễn nếu nhập viện trực tiếp)	\$200
Xe cứu thương	\$150
THUỐC THEO TOA (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)	
Thuốc gốc (Bậc 1)	\$5 ^{7,8}
Thuốc biệt dược (Bậc 2)	\$15 ^{7,8}
Thuốc chuyên khoa (Bậc 4)	10% mỗi toa thuốc, lên đến tối đa \$250 ^{7,8}
CHĂM SÓC NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN	
Dịch vụ do bác sĩ cung cấp, phòng bệnh và thức ăn, xét nghiệm, thuốc men, vật tư y tế, liệu pháp, dịch vụ sinh sản	\$500 mỗi lần nhập viện
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (tối đa 100 ngày trong mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi)	\$250 mỗi lần nhập viện
DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN	
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$10
Nội trú (tại bệnh viện)	\$500 mỗi lần nhập viện
DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN	
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$10
Nội trú (tại bệnh viện) — chỉ cai nghiện	\$500 mỗi lần nhập viện
KHÁC	
Chăm sóc trực tuyến	\$0
Chỉnh nắn xương khớp và châm cứu	\$15 mỗi lần thăm khám (tự giới thiệu; 20 lần thăm khám kết hợp mỗi năm)
Một số dụng cụ y khoa lâu bền (durable medical equipment, DME) (bổ sung và cơ bản)	10% ⁹
Một số bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình	\$0
Chăm sóc nhãn khoa cho trẻ em (kính mắt)	1 cặp kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm ¹⁰
Khám thị lực cho trẻ em	\$0
Chăm sóc nhãn khoa cho người lớn (kính mắt)	\$175 phụ cấp ¹¹
Khám thị lực cho người lớn (khám tật khúc xạ mắt)	\$0
Chăm sóc sức khỏe tại gia (tối đa 100 lần thăm khám mỗi năm)	\$0
Chăm sóc giai đoạn cuối đời	\$0

(còn tiếp)

Ngày hiệu lực: ngày 1 tháng 1 – ngày 1 tháng 12 năm 2024

(tiếp theo)

*Chương trình này cũng được cung cấp tại Covered California for Small Business và CaliforniaChoice®.

[†]Từ viết tắt “ALT” trong một số tên chương trình nhất định biểu thị chương trình do Kaiser Permanente phát triển khác với các chương trình tiêu chuẩn và được cung cấp thông qua Covered California for Small Business.

1. Chương trình này có một khoản chi phí tự trả tối đa cố định. Các thành viên trong gia đình không phải trả khoản chia sẻ chi phí khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó hoặc khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cả gia đình. 2. Chi phí tự trả tối đa là khoản tiền tối đa mà một cá nhân hoặc gia đình phải thanh toán cho một số dịch vụ nhất định trong một năm. 3. Các xét nghiệm phòng ngừa trong phòng thí nghiệm, chụp X-quang và chủng ngừa được đài thọ như một phần của dịch vụ thăm khám phòng ngừa. 4. Khám chăm sóc tiền sản và khám hậu sản theo lịch trình. 5. Chương trình này có thể bổ sung thêm quyền lợi điều trị vô sinh nếu quý vị thanh toán thêm phụ phí. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với người môi giới của quý vị hoặc đại diện Kaiser Permanente. 6. Xét nghiệm tại phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán, chụp X-quang và chụp MRI/CT/PET liên quan đến các dịch vụ phòng ngừa được cung cấp miễn phí. 7. Thuốc theo toa được đài thọ theo danh mục thuốc của chúng tôi khi được bác sĩ của Chương Trình kê toa và mua tại các nhà thuốc thuộc Chương Trình. Một số loại thuốc có mức tiền đồng trả khác. Để biết thêm thông tin về danh mục thuốc của chúng tôi, bao gồm các loại thuốc trong bậc thuốc chuyên khoa, hãy truy cập kp.org/formulary (bằng Tiếng Anh) hoặc gọi đến Trung Tâm Liên Lạc Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. 8. Đặt mua qua đường bưu điện: Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày với mức giá của lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày đối với thuốc theo toa đủ điều kiện. 9. Cả DME cơ bản và bổ sung đều được đài thọ. Tổng giá trị quyền lợi tối đa kết hợp cho DME bổ sung là \$2.000 mỗi năm dành cho các dịch vụ. Tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm* để biết thêm thông tin về những hạng mục được đài thọ trong quyền lợi DME của quý vị. 10. Dưới 19 tuổi. Một cặp kính mắt, phạm vi lựa chọn giới hạn. 11. Phụ cấp cho chi phí đo đạc, lắp chỉnh và giao mắt kính, gọng kính và kính áp tròng 24 tháng một lần.

Đây chỉ là bản tóm tắt quyền lợi và có thể thay đổi. [Chứng Từ Bảo Hiểm](#) của KFHP và *Chứng Nhận Bảo Hiểm* của KPIC có giải thích đầy đủ các quyền lợi, trường hợp loại trừ và giới hạn. Thông tin trong tài liệu này không nhằm mô tả tất cả các quyền lợi trong từng chương trình, cũng không được dùng làm *Chứng Từ Bảo Hiểm* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm*.