

Platinum 90 HMO 0/10* + Child Dental ALT⁺

Copay HMO Plan

生效日期2024年1月1日至12月1日

特點	會員支付
計劃免賠額（內嵌）	\$0
自付上限（內嵌）	個人\$3,000 ^{1,2} / 家庭\$6,000 ^{1,2}
診所內	
基本護理就診	\$10
緊急醫護就診	\$10
專科診所就診	\$20
預防性服務（例如：篩查、產前產後檢查和免疫接種）	\$0 ^{3,4}
兒童預防保健就診	\$0（至23個月大為止）
過敏注射	每次就診\$5
生育服務	不承保 ⁵
物理治療、職業病治療和言語治療	\$10
大多數化驗	\$20 ⁶
大多數X光檢查和診斷檢測	\$40 ⁶
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 ⁶
門診手術（每項手術程序）	\$300
急診服務	
急診部就診（若直接住院則免除）	\$200
救護車	\$150
處方藥（最多30天藥量）	
非品牌藥（層級1）	\$5 ^{7,8}
品牌藥（層級2）	\$15 ^{7,8}
特種藥物（層級4）	每份處方10%，最多\$250 ^{7,8}
醫院住院護理	
醫生服務、食宿、檢測、藥物、用品、治療、生產服務	每次住院\$500
專業護理院醫療護理（每個福利期最多100天）	每次住院\$250
精神健康服務	
門診（診所內）	\$10
住院（醫院內）	每次住院\$500
物質濫用障礙服務	
門診（診所內）	\$10
住院（醫院內）- 僅限解毒	每次住院\$500
其他	
虛擬醫護服務	\$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）	10% ⁹
特定假體及矯形裝置	\$0
兒童眼科（眼鏡）	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）	\$175允許額 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）	\$0
安寧護理	\$0

（續下頁）

生效日期2024年1月1日至12月1日

(續上頁)

*Covered California for Small Business和CaliforniaChoice®也提供此計劃。

†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.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.預防性化驗、X光檢查及免疫接種屬於預防性檢查的承保範圍。4.排定的產前就診和產後就診。5.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。6.與預防服務相關的實驗室和診斷檢測、X光和MRI/CT/PET掃描均為免費。7.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。8.郵購：合格處方藥100天的藥量，只需60天的費用。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》，以瞭解DME福利包括哪些項目的資訊。10.未滿19歲。有限選擇中的一副眼鏡。11.允許額適用於眼鏡鏡片、鏡框及隱形眼鏡配驗及配鏡的費用，每24個月提供一次。

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，亦不作為《承保範圍說明書》或*Certificate of Insurance*之用。