

KAISER PERMANENTE \$5 COPAYMENT HMO PLAN

特點	會員支付
日曆年度免賠額	\$0
藥房日曆年度免賠額	不適用
年度自付上限 ¹ 個人／家庭	\$1,500/\$3,000
診所內 診所就診 預防性檢查 妊娠／產前護理 ² 兒童預防保健就診 ³ 疫苗（免疫接種） 過敏注射 不孕症服務 職業病治療、物理治療和言語治療 大多數化驗與造影 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 門診手術	\$5 \$0 \$0 \$0 \$0 \$0 50% \$5 \$10 \$50 每項手術程序\$5
急診服務 急診部就診（若直接住院則免除） 救護車	\$100 \$75
處方藥⁴ 非品牌藥 ⁵ 品牌藥 ⁵	（最多100天藥量） \$5 \$15
醫院醫療護理 醫生服務、食宿、檢測、藥物、用品、治療 專業護理院醫療護理（每個福利期最多100天）	\$0 \$0
精神健康服務 診所內 醫院內	個人\$5 團體\$2 \$0
藥物依賴服務 診所內 醫院內（僅限解毒）	個人\$5 \$0
其他 特定耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) ⁶ 特定假體及矯形裝置 眼科（視力矯正器） ⁷ 視力檢查 居家健康護理（每日曆年度最多100次兩小時探訪） 安寧護理	20% \$0 \$150補助 \$0 \$0 \$0

Kaiser Permanente計劃並未包含原有病症條款。

本計劃的預防性服務無須成本分擔。如需預防性服務的完整清單，請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 或businessnet.kp.org（英文）。

¹自付上限是個人或家庭在一個日曆年度內將需為特定服務支付的金額上限。

²排定的產前就診和第一次產後就診

³兒童保健就診（至23個月大為止）

⁴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；有關處方藥共付額的詳細資訊，請參閱《承保範圍說明書》。

⁵免賠額不適用於此服務。

⁶DME的允許額上限為\$2,000。

⁷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