

Kaiser Permanente 2024年收費示例表¹

什麼是收費示例表？

收費示例表列出了您可能需為某些服務支付的預估金額，因此可協助您瞭解您的健康護理費用。² 請注意，本表並未包含醫院服務的費用，且您最終需支付的費用可能會根據您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額而異。

我該如何使用這份示例表？

本收費示例表可協助您：

- 在開放入保期選擇適合的Kaiser Permanente設定免賠額的HMO計劃
- 估算您在達到免賠額之前需要支付的服務費用
- 了解有哪些預防保健服務，大多數預防保健服務均可獲得免費承保（如需完整列表，請瀏覽kp.org/prevention [英文]）
- 根據您預期要接受的醫護服務估算應給與自己計劃關聯的彈性支出帳戶 (FSA) 或健康儲蓄帳戶 (HSA) 劃撥多少金額

我達到免賠額後將怎樣支付費用？

在您達到規定金額（稱為免賠額）之前，您通常需為承保服務支付全額費用。之後您所需支付的費用便會開始減少；在該年度的剩餘時間裡，您只需支付共付額或費用當中的一定百分比（稱為共保額）。（根據您的計劃，您可能可在沒有達到免賠額的情況下為某些服務支付共付額或共保額。）

換而言之，在您達到免賠額之後，您需為某些服務支付的金額可能會少於收費示例表上所顯示的預估費用。以下是一些例子：

服務	預估費用	您在達到免賠額之前需支付的金額	您在達到免賠額之後需支付的金額
雙膝X光檢查	\$170	全額費用：\$170	共付額或共保額 (如\$10或預估費用的20%)
骨盆超音波	\$440	全額費用：\$440	共付額或共保額 (如\$20或預估費用的30%)
壓力測試	\$258	全額費用：\$258	共付額或共保額 (如\$25或預估費用的40%)

有疑問嗎？

如果您想獲得進一步資訊或對表中未列出的某項服務有疑問，請致電您Kaiser Permanente會員卡上的電話號碼。

1. 本收費示例表的預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能有變更，恕不另行通知。本收費示例表只適用於透過Kaiser Permanente設施獲得醫療服務的會員。2. 專業服務通常在診所提供，包括醫生診所就診、化驗和X光檢查。其中可能還包括在醫院提供的醫生相關服務。

您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

如果您的健康福利是由您雇主、工會或計劃贊助人的自費保險提供，Kaiser Permanente Insurance Company將只為計劃提供某些行政管理服務，而非計劃的承保人，也無需對計劃的健康護理福利承擔財務責任。

服務	預估費用
診所就診	
新病人就診，第2級*	\$150
新病人就診，第3級*	\$225
新病人就診，第4級*	\$335
新病人就診，第5級（嚴重度高）*	\$440
舊病人就診，第1級（嚴重度低）*	\$50
舊病人就診，第2級*	\$115
舊病人就診，第3級*	\$185
舊病人就診，第4級*	\$260
舊病人就診，第5級（嚴重度高）*	\$360
診所就診（預防性）	
嬰兒保健診所就診，新病人（未滿1歲）*	\$270
兒童保健診所就診，新病人（1至4歲）*	\$280
兒童保健診所就診，新病人（5至11歲）*	\$290
兒童保健診所就診，新病人（12至17歲）*	\$325
成人保健診所就診，新病人（18至39歲）*	\$315
成人保健診所就診，新病人（40至64歲）*	\$360
成人保健診所就診，新病人（65歲及65歲以上）*	\$395
嬰兒保健診所就診，舊病人（未滿1歲）*	\$240
兒童保健診所就診，舊病人（1至4歲）*	\$255
兒童保健診所就診，舊病人（5至11歲）*	\$255
兒童保健診所就診，舊病人（12至17歲）*	\$280
成人保健診所就診，舊病人（18至39歲）*	\$285
成人保健診所就診，舊病人（40至64歲）*	\$300
成人保健診所就診，舊病人（65歲及65歲以上）*	\$325
心理治療就診	
小組心理治療	\$39
治療	\$145

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates（英文）網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 或 *Summary Plan Description* (計劃說明概要)。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能會有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
眼睛檢查	
新病人眼睛檢查例行就診*	\$173
新病人眼睛檢查和治療	\$298
舊病人眼睛檢查例行就診*	\$181
舊病人眼睛檢查和治療	\$253
視力篩檢測試*	\$11
聽力服務	
綜合聽力評估	\$130
清理耳道	\$165
耳膜檢查	\$59
聽力篩檢測試（純音，只限氣導）*	\$47
物理治療服務	
電刺激治療，只限治療	\$21
物理治療評估*	\$169
冷熱敷物理治療，只限治療	\$11
超音波物理治療，只限治療	\$24
物理治療運動，只限治療	\$50
疫苗和其他注射	
過敏注射	\$39
水痘疫苗*	\$135
白喉、破傷風追加劑疫苗*	\$38
白喉、破傷風、百日咳疫苗*	\$46
流感預防注射（6個月大及6個月大以上）	\$36
B型肝炎疫苗*	\$118
麻疹、流行性腮腺炎和德國麻疹疫苗*	\$92
小兒麻痺症疫苗*	\$52
治療性、預防性或診斷性注射（只限注射，不包含藥物）*	\$51
治療性、預防性或診斷性動脈內注射（只限注射，不包含藥物）*	\$67

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates（英文）網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能會有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
檢測與外科診療	
呼吸量測試	\$100
呼吸治療	\$35
結腸鏡檢查以及使用燒灼術移除異常組織*	\$1,771
結腸鏡檢查以及使用圈套技術移除異常組織*	\$1,623
結腸鏡檢查以及切除結腸組織進行檢查*	\$1,580
結腸鏡診斷檢查	\$1,218
直腸乙狀結腸鏡診斷檢查	\$475
乙狀結腸鏡診斷檢查	\$698
從腫脹關節周圍引流液體	\$224
心電圖 (EKG)	\$51
胎兒監控*	\$162
切開式皮膚活組織檢查（如楔形），單一病灶	\$576
鉗取式皮膚活組織檢查，單一病灶	\$464
切除異常的皮膚部位	\$25
乙狀結腸鏡檢查以及切除組織進行檢查*	\$1,083
壓力測試	\$258
以手術破壞異常的皮膚部位	\$243
皮膚切取活組織檢查（如刮取、刮匙刮取、深度刮取、刮器刮取），單一病灶	\$376
心臟超音波測試	\$515
X光檢查、電腦斷層 (CT) 掃描及其他造影檢查	
胸部電腦斷層 (CT) 掃描，包括顯影劑	\$1,060
骨盆電腦斷層 (CT) 掃描，包括顯影劑	\$1,445
骨盆電腦斷層 (CT) 掃描，不使用顯影劑	\$840
鼻竇與鼻道電腦斷層 (CT) 掃描	\$1,105
胃部電腦斷層 (CT) 掃描，使用顯影劑	\$1,475
胃部電腦斷層 (CT) 掃描，不使用顯影劑	\$860
診斷性乳房X光檢查（一張）	\$525
診斷性乳房X光檢查（兩張）	\$660
	(續)

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates (英文) 網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能會有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
X光檢查、電腦斷層 (CT) 掃描及其他造影檢查 (續上頁)	
乳房X光檢查 (篩檢) *	\$540
使用顯影劑的腦幹磁振造影 (MRI)	\$1,735
使用及不使用顯影劑的心臟 (壓力下) 磁振造影 (MRI)	\$2,720
使用顯影劑的頸部磁振造影 (MRI)	\$1,580
懷孕超音波	\$625
頭部或腦部電腦斷層 (CT) 掃描結果檢閱	\$670
骨盆超音波	\$440
胃部超音波	\$485
陰道超音波	\$505
骨質疏鬆X光檢查	\$160
腳踝X光檢查	\$135
腳踝X光檢查 (全面)	\$155
雙膝X光檢查	\$170
胸部X光檢查 (兩張)	\$140
手指X光檢查	\$160
足部X光檢查 (全面)	\$145
手部X光檢查 (全面)	\$155
胃部X光檢查 (全面)	\$210
手腕X光檢查 (全面)	\$175
化驗	
白蛋白檢測	\$15
鹼性磷酸酶檢測	\$15
過敏檢測	\$15
丙胺酸轉胺酶 (ALT) 檢測	\$15
澱粉酶檢測	\$20
天門冬氨酸轉胺酶 (AST) 檢測	\$15
	(續)

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates (英文) 網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
化驗（續上頁）	
膽紅素檢測（總量）	\$15
血液抗體檢測	\$15
凝血檢測	\$15
血糖診斷檢測	\$10
監控性血糖檢測*	\$30
鈣質檢測（總量）	\$15
膽固醇指數檢測	\$15
全血球計數	\$25
肌酸酐檢測	\$15
B型肝炎表面抗原檢測*	\$35
C型肝炎檢測*	\$45
腎功能檢測	\$10
肌酸激酶化驗檢測	\$20
脂質檢測*	\$40
鎂檢測	\$20
子宮頸抹片檢查，子宮頸癌篩檢*	\$60

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates（英文）網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。