

福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將有助於您挑選一項健康保險計劃。SBC可指明您和計劃將如何分攤所承保醫療服務的費用。注：有關本計劃的費用（稱為保險費）將另行提供。這僅是一個摘要。有關您承保範圍更多的資訊，或取得承保範圍完整條款的副本，請造訪www.kp.org/plandocuments或撥打1-800-278-3296（TTY用戶請撥711）。對於常用術語的一般定義，如允許的金額、餘額計費、共同保險、共付額、自付額、提供者，或其他劃線的術語，請參閱詞彙表。您可以在www.healthcare.gov/sbc-glossary瀏覽詞彙表，或致電1-800-278-3296（TTY用戶請撥711）索取一份副本。

| 重要的問題 | 答案 | 為什麼這個重要： |
|---------------------------------|---|---|
| <u>自付額的總數</u> 是多少？ | 個人\$1,500/家庭\$3,000 | 一般而言，您必須支付提供者的所有費用直到滿足 <u>自付額</u> 之後，計劃才開始支付。如果這個計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須滿足其個人 <u>自付額</u> ，直到所有家庭成員支付的 <u>自付額</u> 總額達到家庭的 <u>自付額</u> 總數。 |
| 在您滿足 <u>自付額</u> 之前，是否有受承保的服務？ | 是。請參閱從第2頁開始的圖表瞭解 <u>預防性護理</u> 和服務。 | 這個計劃承保一些項目和服務，即使您尚未滿足 <u>自付額</u> 的金額。但是， <u>共付額</u> 或 <u>共同保險</u> 可能適用。 |
| 是否有其他特定服務的 <u>自付額</u> ？ | 否。 | 對於特定服務，您無需滿足 <u>自付額</u> 。 |
| <u>這個計劃自掏腰包的極限</u> 是多少？ | 個人\$3,500/家庭\$7,000 | <u>自掏腰包的極限</u> 是一年之內您為承保服務支付的最高金額。如果這個計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須滿足其個人 <u>自掏腰包的極限</u> ，直到滿足整個家庭的 <u>自掏腰包的極限</u> 。 |
| 哪些是不包括在 <u>自掏腰包的極限</u> 之內？ | 請參閱從第2頁開始的圖表瞭解 <u>保費</u> 、這個計劃不承保的醫療護理，以及服務。 | 雖然您支付這些費用，但它們並不算在 <u>自掏腰包的極限</u> 之內。 |
| 如果您使用 <u>網絡內提供者</u> ，您會少付嗎？ | 是。請造訪 www.kp.org 或致電1-800-278-3296（TTY用戶請撥711）索取一份 <u>網絡內提供者</u> 的名單。 | 本計劃使用一個提供者的網絡。如果您使用本計劃網絡內的提供者，您將支付得比較少。如果您使用一個非網絡內的提供者，您將支付得最多，同時您可能收到來自於提供者的帳單，乃為提供者的收費和您的計劃所支付之間的差額（ <u>餘額計費</u> ）。請注意，您的 <u>網絡內提供者</u> 可能會僱用一個非網絡內提供者來提供某些服務（如化驗服務）。在接受服務之前，請先和您的 <u>提供者</u> 查證。 |
| 您需要 <u>轉診</u> 去看 <u>專科醫師</u> 嗎？ | 是，但是您可以自己轉診去看某些 <u>專科醫師</u> 。 | 僅當您去看專科醫師之前取得 <u>轉診單</u> ，本計劃方會支付部分或全部 <u>專科醫師</u> 提供的承保服務的費用。 |



本圖表中顯示的所有共付額和共同保險的費用均基於您已經滿足了自付額，如果自付額適用的話。

| 常見的醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您將支付多少 計劃提供者 (您將付得最少) | 您將支付多少 非計劃提供者 (您將付得最多) | 限制，例外，以及其他重要的資訊 |
|---|--------------------------|---|------------------------------|--|
| 如果您造訪醫療保健提供者的辦公室或診所 | 一般護理門診治療 受傷或疾病 | 每次就診\$30 | 不承保 | 無 |
| | 專科醫師門診 | 每次就診\$30 | 不承保 | 無 |
| | 預防性護理/篩查/接種疫苗 | 不收費，自付額不適用。 | 不承保 | 您可能需要支付非預防性服務。詢問您的提供者您需要的是否是預防性服務。然後核對您的計劃將支付哪些。 |
| 如果您有個檢驗 | 診斷檢驗 (X-光，驗血) | 每次診查\$10 | 不承保 | 無 |
| | 成像 (CT/PET掃描， 核磁共振成像) | 每次醫療程序20%共同保險，最高達\$50 | 不承保 | 無 |
| 如果您需要藥物來治療疾病或狀況 關於處方藥物保險的更多資訊可造訪 www.kp.org/formulary | 仿製藥 | \$10/處方藥物 (零售) ; \$20/處方藥物 (郵購) , 自付額不適用。 | 不承保 | 最多30天零售供藥或100天郵購供藥。依照處方指南。不適用於自掏腰包的極限。 |
| | 首選原廠藥物 | \$30/處方藥物 (零售) ; \$60/處方藥物 (郵購) , 自付額不適用。 | 不承保 | 最多30天零售供藥或100天郵購供藥。依照處方指南。不適用於自掏腰包的極限。 |
| | 非首選原廠藥物 | 與首選原廠藥物相同 | 不承保 | 當透過例外程序批准時，與首選原廠藥物相同。 |
| | 特種藥物 | 與首選原廠藥物相同 | 不承保 | 當透過例外程序批准時，與首選原廠藥物相同。 |
| 如果您有門診手術 | 設施費 (例如， 門診手術中心) | 20%共同保險 | 不承保 | 無 |
| | 醫師/外科醫生費用 | 不適用 | 不承保 | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內。 |

| 常見的醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您將支付多少 計劃提供者 (您將付得最少) | 您將支付多少 非計劃提供者 (您將付得最多) | 限制，例外，以及其他重要的資訊 |
|------------------------|--------------|---|------------------------------|---|
| 如果您需要立即就醫 | 急診室護理 | 20%共同保險 | 20%共同保險 | 住院患者可豁免共同保險。 |
| | 緊急醫療運輸 | 每次運輸\$150 | 每次運輸\$150 | 無 |
| | 緊急護理 | 每次就診\$30 | 每次就診\$30 | 您在服務區外由非計劃提供者提供的臨時性診治也將受保。 |
| 如果您需要住院 | 設施費（例如，醫院病房） | 20%共同保險 | 不承保 | 無 |
| | 醫師/外科醫生費用 | 不適用 | 不承保 | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內。 |
| 如果您需要心理健康、行為健康，或物質濫用服務 | 門診服務 | 心理/行為健康：每次個人就診\$30。其他門診服務的 <u>共同保險</u> 為每日20%。物質濫用：每次個人就診\$30。其他門診服務的 <u>共同保險</u> 為20%，最高每日\$5。 | 不承保 | 心理/行為健康：每次團體就診\$15；物質濫用：每次團體就診\$5， |
| | 住院服務 | 20%共同保險 | 不承保 | 無 |
| 如果您是孕婦 | 診室就診 | 不收費， <u>自付額</u> 不適用。 | 不承保 | 根據服務類型， <u>共付額</u> 、 <u>共同保險</u> 或 <u>自付額</u> 可能適用。產婦護理可能包括SBC中其他地方所描述的檢驗和服務（即超音波）。 |
| | 分娩/生產專業服務 | 不適用 | 不承保 | 專業服務包含於設施費之內。 |
| | 分娩/生產設施服務 | 20%共同保險 | 不承保 | 無 |

| 常見的醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您將支付多少 計劃提供者 (您將付得最少) | 您將支付多少 非計劃提供者 (您將付得最多) | 限制，例外，以及其他重要的資訊 |
|---------------------|----------|--|------------------------------|--|
| 如果您需要幫助恢復或有其他特殊健康需求 | 家庭醫療保健 | 不收費， <u>自付額</u> 不適用。 | 不承保 | 每次就診最多不得超過2小時，每日就診最多不得超過3次，每年就診最多不得超過100次。 |
| | 康復服務 | 門診患者：每次就診\$30； 住院患者：20% <u>共同保險</u> | 不承保 | 無 |
| | 培建服務 | 門診患者：每次就診\$30； 住院患者：20% <u>共同保險</u> | 不承保 | 無 |
| | 專業護理 | 20% <u>共同保險</u> | 不承保 | 每個福利期最多100天。 |
| | 耐用醫療設備 | 30% <u>共同保險</u> ， <u>自付額</u> 不適用。 | 不承保 | 需要 <u>事先授權</u> 。不適用於 <u>自掏腰包的極限</u> 。 |
| | 臨終關懷服務 | 不收費， <u>自付額</u> 不適用。 | 不承保 | 無 |
| 如果您的小孩需要牙科或眼科護理 | 小孩的眼睛檢查 | 屈光檢查不收費， <u>自付額</u> 不適用。 | 不承保 | 無 |
| | 小孩的眼鏡 | 不承保 | 不承保 | 無 |
| | 小孩的牙齒檢查 | 不承保 | 不承保 | 無 |

排除的服務及其他承保的服務：

您的計劃一般不承保的服務（欲知更多訊息和其他任何排除的服務的清單，請查閱您的保單或計劃文件。）

- 小孩的眼鏡
- 整容手術
- 牙科護理（成人和小孩）
- 助聽器
- 不孕不育治療
- 長期護理
- 在美國以外旅行的非緊急護理
- 私人護理
- 常規足部護理
- 減肥計劃

其他承保的服務（這些服務可能有所限制。這不是一個完整的清單。請查閱您的計劃文件。）

- 針灸（每年僅限20次就診，結合脊椎護理）
- 脊椎護理（每年僅限20次就診，結合針灸）
- 常規眼部護理（成人）
- 減肥手術

您續保的權利：在您的保險結束後，如果您想要續保，有些經辦機構可以幫助您。這些機構的聯絡資訊如下圖所示。其他保險的選項也可以提供給您，包括透過健保商場Marketplace購買個人保險。欲瞭解更多有關Marketplace的資訊，請造訪www.HealthCare.gov或致電1-800-318-2596。

您的投訴和申訴權利：如果您對您的計劃否決了索賠而有所抱怨的話，有些機構可以幫助您。這種投訴被稱為申訴或上訴。有關您權利的更多訊息，請查閱您將收到的該醫療索賠的福利說明。您的計劃文件還提供完整的資訊，關於如何提出索賠、申訴，或投訴任何對於您的計劃不滿的理由。有關您的權利、本通知或協助的更多的訊息，請聯絡下圖所示的機構。

您續保的權利和您的投訴和申訴權利的聯絡方式：

| | |
|------------------------|--|
| Kaiser Permanente會員服務部 | 1-800-278-3296（TTY用戶請撥711）或 www.kp.org/memberservices |
| 勞工部勞工權益安全委員會 | 1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| 衛生及公眾服務部，消費者資訊和保險監督中心 | 1-877-267-2323 x61565 或 www.cciio.cms.gov |
| 加州保險局 | 1-800-927-HELP (4357) 或 www.insurance.ca.gov |
| 加州保健計劃管理局 | 1-888-466-2219 或 www.healthhelp.ca.gov/ |

本計劃是否提供最低基本承保範圍？是

最低基本承保範圍通常包括計劃、透過Marketplace或其他個人市場保單購買的健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE和其他的特定保險。如果您符合某些最低基本承保範圍的資格，則您可能不符合保費稅收抵免的資格。

本計劃是否滿足最低價值標準？是

如果您的計劃不符合最低價值標準，您可能沒有資格得到一項保費稅收抵免，以幫助您透過Marketplace購買一個計劃。

語言接通服務：

西班牙文 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

菲律賓語 (Tagalog) : Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711).

Chinese (中文) : 如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼1-800-757-7585 (TTY用戶請撥711)

印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne! 1-800-278-3296 (TTY: 711)

——關於本計劃就樣本醫療狀況而可能如何承保費用，請參閱下一節範例。——

有關這些保險的範例：



這不是一個費用估算工具。所顯示的治療僅為本計劃可能承保醫療護理的例子。您實際的費用會有所不同，這取決於您實際接受的護理，提供者收取的費用，以及許多其他因素。著眼於計劃下費用分攤的金額（自付額，共付額和共同保險）以及排除的服務。使用本訊息來比較在不同的健康保險計劃下您可能應支付費用的部分。請注意，這些保險的例子僅限於自身投保。

佩琪要生小孩了

(9個月的網絡內產前護理和住院生產)

| | |
|---------------------|---------|
| ■ <u>該計劃的總自付額</u> | \$1,500 |
| ■ <u>專科醫師共付額</u> | \$30 |
| ■ <u>醫院（設施）共同保險</u> | 20% |
| ■ <u>其他（驗血）共付額</u> | \$10 |

本事件範例所包括的服務如：

專科醫師門診（產前護理）
分娩/生產專業服務
分娩/生產設施服務
診斷檢驗（超音波和驗血）
專科醫師門診（麻醉）

| | |
|--------------|-----------------|
| 範例總費用 | \$12,700 |
|--------------|-----------------|

在本範例中，佩琪應支付：

| 費用分攤 | |
|------|--------|
| 自付額 | \$1500 |
| 共付額 | \$10 |
| 共同保險 | \$1700 |

沒有承保的為

| | |
|--------|------|
| 限制或排除的 | \$50 |
|--------|------|

| | |
|-------------------|---------------|
| 佩琪應支付的總金額為 | \$3260 |
|-------------------|---------------|

管理喬的第二類型糖尿病

(一年網絡內例行控制良好狀況下的護理)

| | |
|---------------------|---------|
| ■ <u>該計劃的總自付額</u> | \$1,500 |
| ■ <u>專科醫師共付額</u> | \$30 |
| ■ <u>醫院（設施）共同保險</u> | 20% |
| ■ <u>其他（驗血）共付額</u> | \$10 |

本事件範例所包括的服務如：

一般護理醫師門診（包括疾病教學）
診斷檢驗（驗血）
處方藥物
耐用醫療設備（血糖測驗器）

| | |
|--------------|----------------|
| 範例總費用 | \$5,600 |
|--------------|----------------|

在本範例中，喬應支付：

| 費用分攤 | |
|------|-------|
| 自付額 | \$900 |
| 共付額 | \$600 |
| 共同保險 | \$200 |

沒有承保的為

| | |
|--------|-----|
| 限制或排除的 | \$0 |
|--------|-----|

| | |
|------------------|---------------|
| 喬應支付的總金額為 | \$1700 |
|------------------|---------------|

米雅的輕微骨折

(網絡內急診室門診和後續治療)

| | |
|---------------------|---------|
| ■ <u>該計劃的總自付額</u> | \$1,500 |
| ■ <u>專科醫師共付額</u> | \$30 |
| ■ <u>醫院（設施）共同保險</u> | 20% |
| ■ <u>其他（X-光）共付額</u> | \$10 |

本事件範例所包括的服務如：

急診室護理（包括醫療用品）
耐用醫療設備（拐杖）
診斷檢驗（X-光）
康復服務（物理治療）

| | |
|--------------|----------------|
| 範例總費用 | \$2,800 |
|--------------|----------------|

在本範例中，米雅應支付：

| 費用分攤 | |
|------|--------|
| 自付額 | \$1500 |
| 共付額 | \$200 |
| 共同保險 | \$70 |

沒有承保的為

| | |
|--------|-----|
| 限制或排除的 | \$0 |
|--------|-----|

| | |
|-------------------|---------------|
| 米雅應支付的總金額為 | \$1770 |
|-------------------|---------------|

本計劃將負責這些範例所承保服務的其他費用。

NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Arabic: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات مهمة من Kaiser Permanente. إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم هذه المعلومات، يرجى الاتصال على الرقم **1-800-464-4000** وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء أيام العطلات الرسمية.

Armenian: Սա կարևոր տեղեկություն է «Kaiser Permanente»-ից: Եթե այս տեղեկությունը հասկանալու համար Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով և օժանդակություն ստանալ լեզվի հարցում: Չանգահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ բացի տոն օրերից:

Chinese: 這是來自 Kaiser Permanente 的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電 **1-800-757-7585** 尋求語言協助。我們每週 7 天，每天 24 小時皆提供協助（節假日休息）。

Farsi: این اطلاعات مهمی از سوی Kaiser Permanente می باشد. اگر در فهمیدن این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره **1-800-464-4000** تماس گرفته و برای امداد زبانی درخواست کنید. کمک و راهنمایی در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل موجود است.

Hindi: यह Kaiser Permanente की ओर से महत्वपूर्ण सूचना है। यदि आपको इस सूचना को समझने के लिए मदद की जरूरत है, तो कृपया **1-800-464-4000** पर फोन करें और भाषा सहायता के लिए पूछें। सहायता छुट्टियों को छोड़कर, सप्ताह के सातों दिन, दिन के 24 घंटे, उपलब्ध है।

Hmong: Qhov xov xwm no tseem ceeb los ntawm Kaiser Permanente. Yog koj xav tau kev pab kom nkag siab cov xov xwm no, thov hu rau **1-800-464-4000** thiab thov kev pab txhais lus. Muaj kev pab 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, tsis xam cov hnub caiv.

Japanese: Kaiser Permanente から重要なお知らせがあります。この情報を理解するためにヘルプが必要な場合は、**1-800-464-4000** に電話して、言語サービスを依頼してください。このサービスは年中無休（祝祭日を除く）でご利用いただけます。

Khmer: នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ មកពី Kaiser Permanente។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឲ្យបានយល់ដឹងព័ត៌មាននេះ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-464-4000** និងស្នើសុំជំនួយខាងភាសា។ ជំនួយគឺមាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។

Korean: 본 정보는 Kaiser Permanente 에서 전하는 중요한 메시지입니다. 본 정보를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **1-800-464-4000** 번으로 전화해 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 요일 및 시간에 관계없이 언제든지 도움을 제공해 드립니다(공휴일 제외).

Laotian: ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນສໍາຄັນຈາກ Kaiser Permanente. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະລຸນາໂທ **1-800-464-4000** ແລະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອມີໃຫ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ບໍ່ລວມວັນພັກຕ່າງໆ.

Navajo: Díí éí hane' b'ihólníihii át'éego Kaiser Permanente yee nihalne'. Díí hane'ígíí doo hazhó'ó bik'i'diitj'ihgóó t'áá shqodí koji' hodíílnih **1-800-464-4000** áko saad bee áká i'iilyeed yídííki. Kwe'é áká aná'álwo' t'áá álahji' naadiindíí' ahéé'ílkidgóó dóo tsosts'id jí áá'át'é. Dahodíílingóne' éí dá'deelkaal.

Punjabi: ਇਹ Kaiser Permanente ਵਲੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-800-464-4000** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪੁੱਛੋ। ਮਦਦ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ ਮੌਜੂਦ ਹੈ।

Russian: Это важная информация от Kaiser Permanente. Если Вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните по номеру **1-800-464-4000** и попросите предоставить Вам услуги переводчика. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, кроме праздничных дней.

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Tagalog: Ito ay importanteng impormasyon mula sa Kaiser Permanente. Kung kailangan ninyo ng tulong para maunawan ang impormasyong ito, mangyaring tumawag sa **1-800-464-4000** at humingi ng tulong kaugnay sa lengguwahe. May makukuhang tulong 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, maliban sa mga araw na pista opisyal.

Thai: นี่เป็นข้อมูลสำคัญจาก Kaiser Permanente หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ กรุณาโทรไปยังหมายเลข **1-800-464-4000** เพื่อขอความช่วยเหลือด้านภาษา สามารถโทรติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ยกเว้นวันหยุดเทศกาล.

Vietnamese: Đây là thông tin quan trọng từ Kaiser Permanente. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông tin này, vui lòng gọi số **1-800-464-4000** và yêu cầu được cấp dịch vụ về ngôn ngữ. Quý vị sẽ được giúp đỡ 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, trừ ngày lễ.