




福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向您展示您和計劃 將如何共同承擔涵蓋的健康照護服務費用。

注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將另外提供。這僅是一份摘要。如欲了解有關承保範圍的更多資訊，或要獲得承保範圍的完整條款副本，請造訪 <https://kp.org/plandocuments> 或致電 1-800-813-2000 (TTY: 711)。如欲了解常見詞彙的一般定義，

例如允許額、差額收費、共同保險、共付額、自付額、供應商、或其他劃線詞彙，請參見詞彙表。您可以在

<https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Chinese-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> 查看詞彙表，或致電 1-800-813-2000 (TTY: 711) 以索取副本。

重要問題	答案	為什麼這很重要：
整體自付額為多少？	個人 \$2,500 / 家庭 \$5,000	一般而言，在此計劃 開始支付前，您需要向供應商 支付自付額 以下的所有費用。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在所有家庭成員支付的自付額 費用總金額達到家庭整體自付額 之前，每位家庭成員必須達到其自己的自付額。
在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？	是。預防性照護 以及從第 2 頁開始之表格所示的服務。	即便您還沒達到自付額，此計劃亦涵蓋一些項目和服務。但可能需支付共付額或共同保險。例如：在沒有分攤成本且您達到您的自付額前，此計劃亦涵蓋特定預防性服務。請至 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 查看涵蓋的預防性服務清單。
特定服務是否還有其他自付額？	否。	是。針對特定服務，您不需要達到自付額。
此計劃的最大自付額是多少？	個人 \$9,750/家庭 \$19,500	最大自付額為您可能在一年間為涵蓋服務支付的最大金額。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在達到家庭整體最大自付額之前，其他家庭成員必須達到其自己的最大自付額。
最大自付額不包含什麼？	保費；本計劃未承保的服務；針對屬於 Student Out-of-Area 保險承保範圍之服務所支付的費用	即便您已支付此類費用，相關費用亦不計入最大自付額。
如果使用網絡供應商，您支付的金額是否會更少？	請參見 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> 或致電 1-800-813-2000 (TTY: 711) 以索取網絡供應商清單。	此計劃使用供應商 網絡。如果您使用計劃網絡中的供應商，您將需要支付較少費用。如果您使用網絡外供應商，您將需要支付較多費用。您亦可能收到來自供應商的帳單，其中為供應商收費及您的計劃支付的費用差額（差額收費）。請注意，您的網絡供應商可能使用網絡外供應商以提供一些服務（例如：實驗室工序）。請在獲取服務前與您的供應商確認。
您是否需要轉診至專科醫生？	是，但是您可以自己轉診去看某些專科醫生。	此計劃將支付至專科醫生處就診，涵蓋的服務所產生的部分或全部費用，但前提是您必須在至專科醫生處就診前已取得轉介。

 此表格顯示的所有共付額和共同保險費用僅適用於您已達到您的自付額的情況（如果自付額適用的話）。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需要支付的費用 計劃供應商 (您將需要支付較少費用)	您需要支付的費用 非計劃供應商 (您將需要支付較多費用)	限制、例外和其他重要資訊
如果您造訪健康照護供應商的辦公室或診所	初級保健就診以治療受傷或疾病	前兩次就診：每次就診 \$1； <u>自付額</u> 不適用。額外就診：每次就診 \$20； <u>自付額</u> 不適用。	不承保	無
	至專科醫生處就診	每次就診 \$65； <u>自付額</u> 不適用	不承保	無
	<u>預防性照護/篩查/疫苗接種</u>	不收費， <u>自付額</u> 不適用	不承保	您可能需要為非 <u>預防性</u> 服務付費。請向您的 <u>供應商</u> 洽詢您所需的服務是否屬於 <u>預防性</u> 服務。然後查看您的計劃將會支付哪些費用。
如果您進行檢測	<u>診斷檢定</u> (X 光、血液檢測)	X 光：每次就診 \$65； <u>自付額</u> 不適用於 X 光和診斷造影。實驗室：每次就診 \$40； <u>自付額</u> 不適用於實驗室和專業服務。	不承保	無
	造影 (CT/PET 掃描、MRI)	30% <u>共同保險</u>	不承保	某些服務可能需要事先授權。
如果您需要藥物治療疾病或情況	學名藥	零售：每份處方 \$25； <u>自付額</u> 不適用；郵購：每份處方 \$50； <u>自付額</u> 不適用	不承保	零售最多 30 天藥量；郵購最多 90 天藥量。不收費， <u>避孕藥</u> <u>自付額</u> 不適用。需遵守處方集準則。
如欲了解更多有關處方類藥物承保範圍的資訊，請造訪 <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	優先原廠藥	零售：每份處方 \$75； <u>自付額</u> 不適用；郵購：每份處方 \$150； <u>自付額</u> 不適用	不承保	零售最多 30 天藥量或郵購最多 90 天藥量。需遵守處方集準則。
	非優先原廠藥	零售：每份處方 \$250；郵購：每份處方 \$500	不承保	零售最多 30 天藥量或郵購最多 90 天藥量。需遵守處方集準則。
	專科藥物	每份處方 \$250	不承保	最多 30 天藥量。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需要支付的費用 計劃供應商 (您將需要支付較少費用)	您需要支付的費用 非計劃供應商 (您將需要支付較多費用)	限制、例外和其他重要資訊
如果您進行門診手術	設施費（例如：非住院手術中心）	每次就診 \$600	不承保	需事先授權。
	醫師/外科醫生費用	每次就診 \$200	不承保	需事先授權。
如果您需要立即就醫	急診室照護	每次就診 \$800	每次就診 \$800	若以住院患者的身分直接入院，則免共付額。
	緊急醫療交通	每趟 \$375；自付額 不適用	每趟 \$375；自付額 不適用	無
	緊急照護	每次就診 \$65；自付額 不適用	每次就診 \$65；自付額 不適用	服務區域內非計劃供應商 不承保。
如果您需要住院	設施費（例如：醫院病房）	每天 \$800，每次入院最多 \$4,000	不承保	需事先授權。
	醫師/外科醫生費用	包含在設施費當中	不承保	無
如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務	門診服務	前兩次就診：每次就診 \$1；自付額 不適用。 額外就診：每次就診 \$20；自付額 不適用。 其他門診服務：每次就診 \$30；自付額 不適用。	不承保	前兩次就診可以是心理/行為健康、藥物濫用服務和其他合格就診的任意組合。
	住院服務	每天 \$800，每次入院最多 \$4,000	不承保	需事先授權。
如果您懷孕	辦公室就診	不收費，自付額 不適用	不承保	根據服務類型，共付額、共同保險或自付額 可能適用。妊娠照護可能包括 SBC 其他地方所述的檢測和服務（即超音波）。
	分娩專業服務	包含在設施費當中	不承保	無
	分娩設施服務	每天 \$800，每次入院最多 \$4,000	不承保	無

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需要支付的費用 計劃供應商 (您將需要支付較少費用)	您需要支付的費用 非計劃供應商 (您將需要支付較多費用)	限制、例外和其他重要資訊
如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求	居家照護	每趟 \$30； <u>自付額</u> 不適用	不承保	每年 130 次就診
	復健服務	門診：每次就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用；每天 \$800，每次入院最多 \$4,000	不承保	門診：每次最多 5 次就診。住院：每年最多 30 天。需事先授權。針對確診的心理健康病症所提供的服務屬於承保範圍，沒有上限。
	適應服務	門診：每次就診 \$40， <u>自付額</u> 不適用；每天 \$800，每次入院最多 \$4,000	不承保	門診：每次最多 5 次就診。住院：每年最多 30 天。需事先授權。針對確診的心理健康病症所提供的服務屬於承保範圍，沒有上限。
	專業護理	每天 \$800	不承保	每年限 60 天。需事先授權。
	耐用醫療器材	30% <u>共同保險</u>	不承保	需事先授權。
	臨終關懷服務	不收費， <u>自付額</u> 不適用	不承保	住院或門診臨時照護的限定為一生最多 14 天。需事先授權。
如果您的子女需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查	不收費， <u>自付額</u> 不適用	不承保	每年限一次檢查。
	兒童眼鏡	不收費， <u>自付額</u> 不適用	不承保	每年限 1 副。
	兒童牙科檢查	不承保	不承保	無

#### 不包含的服務和其他承保服務：

您的計劃一般不涵蓋的服務（查看您的保單或計劃文件以了解更多資訊以及任何其他不包含的服務列單。）

- |               |                  |              |
|---------------|------------------|--------------|
| ● 減肥手術        | ● 不孕症治療（人工授精除外）  | ● 私人護理       |
| ● 美容手術        | ● 長期照護           | ● 例行眼科照護（成人） |
| ● 牙科照護（成人與兒童） | ● 在美國境外旅行時的非急診照護 | ● 減重計劃       |

其他包含的服務（此類服務可能存有限制。這不是完整的列單。請查看您的計劃文件。）

- |      |                           |          |
|------|---------------------------|----------|
| ● 墮胎 | ● 脊柱神經照護（每年 10 次就診）       | ● 例行足部保健 |
| ● 針灸 | ● 助聽器（每 36 個月每側耳朵 1 個助聽器） |          |

**您的續保權利：**如果您想在保險結束後繼續獲得承保，有一些機構可以提供協助。此類機構的聯繫資訊如下表所示。其他承保選項亦可能適用於您，其中包括透過健康保險 商城購買個人保險。如欲了解更多有關商城的資訊，請造訪 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致電 1-800-318-2596。

**您的申訴和上訴權利：**如果您對您的計劃拒絕您的索償提出投訴，一些機構可以為您提供協助。此類投訴被稱為申訴或上訴。如欲了解有關您權利的更多資訊，請查看您就該醫療索償可取得的福利說明。您的計劃文件亦將提供有關如何出於任何理由就您計劃提交索償、上訴或申訴的完整資訊。如欲了解有關您的權利、此通知或幫助的更多資訊，請聯繫下表所列的機構。

如欲了解您的續保權利以及申訴和上訴權利，聯絡資訊如下：

Kaiser Permanente 會員服務部	1-800-813-2000 (TTY: 711) 或 <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
華盛頓州保險委員會辦事處	1-800-562-6900 或 <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

**此計劃是否提供最低程度承保？是。**

最低程度承保一般包括可透過商城或其他獨立市場保單取得的計劃、健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE、和其他特定保險。如果您符合特定類別最低程度承保的資格，您可能不符合保費稅額抵免優惠資格。

**此計劃是否符合最低值標準？不適用。**

如果您的計劃不符合最低值標準，您可能符合保費稅額抵免優惠資格，可透過商城幫助您支付計劃費用。

**語言服務：**

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

如欲查看此計劃涵蓋範例醫療情況費用的示例，請查看下一節。

## 關於此類承保示例：



**這不是費用預估。**顯示的治療僅為此計劃涵蓋醫療照護的示例。您的確切費用取決於您獲取的確切照護、您的供應商收取的費用和其他很多因素，可能有所不同。專注於計劃下成本分攤金額（自付額、共付額和共同保險）和不包含的服務。利用此資訊來比較您在不同健康計劃中可能需要支付的費用部分。請注意，此類承保範圍示例僅基於自我承保範圍。

Peg 懷孕了 (9 個月的網絡內產前檢查和醫院分娩)		管理 Joe 的 2 型糖尿病 (一年的病情可控例行網絡內護理)		Mia 的簡單骨折 (網絡內急診室就診和後續護理)	
■ <u>計劃</u> 的整體自付額	\$2,500	■ <u>計劃</u> 的整體自付額	\$2,500	■ <u>計劃</u> 的整體自付額	\$2,500
■ <u>專科醫生</u> 共付額	\$65	■ <u>專科醫生</u> 共付額	\$65	■ <u>專科醫生</u> 共付額	\$65
■ <u>醫院 (設施)</u> 共付額	\$800	■ <u>醫院 (設施)</u> 共付額	\$800	■ <u>醫院 (設施)</u> 共付額	\$800
■ <u>其他 (血液檢測)</u> 共付額	\$40	■ <u>其他 (血液檢測)</u> 共付額	\$40	■ <u>其他 (X 光)</u> 共付額	\$65
此事件示例包含下列服務： <u>專科醫生</u> 辦公室就診（產前照護） <u>分娩</u> 專業服務 <u>分娩</u> 設施服務 <u>診斷檢定</u> （超音波和血液檢測） <u>專科醫生</u> 看診（麻醉）		此事件示例包含下列服務： <u>初級保健醫師</u> 辦公室就診（包括疾病教育） <u>診斷檢定</u> （血液檢測） <u>處方藥</u> <u>耐用醫療器材</u> （血糖測量儀）		此事件示例包含下列服務： <u>急診室照護</u> （包括醫療用品） <u>診斷檢定</u> （X 光） <u>耐用醫療器材</u> （拐杖） <u>復健服務</u> （物理治療）	
總示例費用	\$12,700	總示例費用	\$5,600	總示例費用	\$2,800
在此示例，Peg 將支付：		在此示例，Joe 將支付：		在此示例，Mia 將支付：	
成本分攤		成本分攤		成本分攤	
<u>自付額</u>	\$2,500	<u>自付額</u>	\$0	<u>自付額</u>	\$1,000
<u>共付額</u>	\$1,100	<u>共付額</u>	\$1,200	<u>共付額</u>	\$900
<u>共同保險</u>	\$0	<u>共同保險</u>	\$20	<u>共同保險</u>	\$0
不承保的項目		不承保的項目		不承保的項目	
限制或例外	\$60	限制或例外	\$100	限制或例外	\$0
Peg 將支付的總金額為	\$3,660	Joe 將支付的總金額為	\$1,320	Mia 將支付的總金額為	\$1,900

計劃 將負責支付此類示例中所涵蓋服務所產生的其他費用。



## Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, braille, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department  
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator  
500 NE Multnomah St., Suite 100  
Portland, OR 97232-2099  
Fax: **1-855-347-7239**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Phone: **1-800-368-1019**  
TDD: **1-800-537-7697**

Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

**For Washington Members:**

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

## Help in Your Language

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000**(TTY: 711).

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**中文 (Chinese) 注意事項:** 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY: تلفن متنی): **711**).

**Français (French) ATTENTION :** si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

**日本語 (Japanese) 注意 :** 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

**ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO:** Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- 711)

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

**Română (Romanian) ATENȚIE:** Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**ไทย (Thai) โปรดทราบ:** หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1 800 813 2000 (TTY: **711**).

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).