

 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 \$3,000 / 家庭 \$6,000	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。預防性護理以及從第 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 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 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。	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 \$7,200 / 家庭 \$14,400	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？	是。請參見 www.kp.org 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。如果您使用網絡外的供應商，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 (您將付得最少)	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	每次就診 \$40, <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	您可能需要為非預防性服務付費。請向您的供應商洽詢您所需的服務是否屬於預防性服務。然後查看您的計劃將會支付哪些費用。
如果您進行檢測	診斷檢定 (X光、血液檢測)	每次就診 \$60, <u>自付額</u> 不適用	不承保	無
	造影 (CT/PET 掃描、MRI)	每次就診 \$350	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 如欲了解更多有關處方類藥物的承保範圍, 請造訪 www.kp.org/orformulary	學名藥	零售: \$25, <u>自付額</u> 不適用; 郵購: \$50, <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。
	優先原廠藥	零售: \$60, <u>自付額</u> 不適用; 郵購: \$120, <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	50% 共同保險	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	50% 共同保險	不承保	最多 30 天藥量。
如果您進行門診手術	設施費 (例如: 非住院手術中心)	35% 共同保險	不承保	需事先授權。
	醫師/外科醫生費用	35% 共同保險	不承保	需事先授權。
如果您需要立即就醫	<u>急診室照護</u>	每次就診 \$350	每次就診 \$350	若住院則免除
	<u>緊急醫療交通</u>	35% 共同保險	35% 共同保險	無
	<u>緊急照護</u>	每次就診 \$60, <u>自付額</u> 不適用	每次就診 \$60, <u>自付額</u> 不適用	服務區域內非計劃供應商不承保。

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 (您將付得最少)	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
如果您需要住院	設施費 (例如： 醫院病房)	35% 共同保險	不承保	需事先授權。
	醫師/外科醫生費用	35% 共同保險	不承保	需事先授權。
如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務	門診服務	每次就診 \$40，自付額不適用	不承保	無
	住院服務	35% 共同保險	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	35% 共同保險	不承保	無
	分娩設施服務	35% 共同保險	不承保	無
如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求	居家照護	35% 共同保險	不承保	無
	復健服務	住院：35% 共同保險； 門診：每次就診 \$65， 自付額不適用	不承保	住院：需事先授權；門診：門診物理治療、言語治療及職業病治療 (每曆年合併 30 次就診)。
	適應服務	每次就診 \$65，自付額不適用	不承保	門診物理治療、言語治療及職業病治療 (每曆年合併 30 次就診)。
	專業護理	35% 共同保險	不承保	每曆年 60 天。
	耐用醫療器材	35% 共同保險	不承保	需遵守處方集準則。
	臨終關懷服務	不收費，自付額不適用	不承保	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，自付額不適用	不承保	每年限 1 次檢查。
	兒童眼鏡	不收費，自付額不適用	不承保	限樣式有限的眼鏡或隱形眼鏡，每年一次。
	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。)		
<ul style="list-style-type: none"> 減肥手術 美容手術 牙科照護 (成人與兒童) 	<ul style="list-style-type: none"> 不孕症治療 長期照護 在美國境外旅行時的非急診照護 	<ul style="list-style-type: none"> 私人護理 例行足部保健 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。)		
<ul style="list-style-type: none"> 墮胎 針灸 (每年 12 次就診) 	<ul style="list-style-type: none"> 脊柱神經照護 (每年 20 次就診) 助聽器 (每 36 個月每側耳朵 1 個助聽器) 	<ul style="list-style-type: none"> 例行眼科照護 (成人)

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 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 www.kp.org/memberservices
俄勒岡州金融監管部	1-888-877-4894 或 www.dfr.oregon.gov

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)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 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)	
■ 計劃的整體自付額	\$3,000	■ 計劃的整體自付額	\$3,000	■ 計劃的整體自付額	\$3,000
■ 專科醫生共付額	\$65	■ 專科醫生共付額	\$65	■ 專科醫生共付額	\$65
■ 醫院（設施）共同保險	35%	■ 醫院（設施）共同保險	35%	■ 醫院（設施）共同保險	35%
■ 其他（血液檢測）共付額	\$60	■ 其他（血液檢測）共付額	\$60	■ 其他（X 光）共付額	\$60
<p>此事件示例包含下列服務：</p> <p>專科醫生辦公室就診（產前照護）</p> <p>分娩專業服務</p> <p>分娩設施服務</p> <p>診斷檢定（超音波和血液檢測）</p> <p>專科醫生看診（麻醉）</p>		<p>此事件示例包含下列服務：</p> <p>初級保健醫師辦公室就診（包括疾病教育）</p> <p>診斷檢定（血液檢測）</p> <p>處方藥</p> <p>耐用醫療器材（血糖測量儀）</p>		<p>此事件示例包含下列服務：</p> <p>急診室照護（包括醫療用品）</p> <p>診斷檢定（X 光）</p> <p>耐用醫療器材（拐杖）</p> <p>復健服務（物理治療）</p>	
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	
自付額	\$3,000	自付額	\$70	自付額	\$1,900
共付額	\$400	共付額	\$1,500	共付額	\$600
共同保險	\$1,900	共同保險	\$0	共同保險	\$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	\$0	限制或例外	\$0
Peg 將支付的總金額為	\$5,360	Joe 將支付的總金額為	\$1,570	Mia 將支付的總金額為	\$2,500

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 on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, 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. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1 800-813-2000** (TTY: **711**), 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.

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/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

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

አማርኛ (Amharic) ማሰታወቂያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: 711)።

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-813-2000** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYEEFFANNAA:Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000** (TTY: 711).