



本福利与承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 文件将帮助您选择健康计划。SBC

会向您显示您和该计划如何分摊所承保健康护理服务的费用。注意：关于本项计划费用（称为保费）的信息将另行提供。本文只是一份摘要。如需获取更多关于您的承保信息，或完整承保术语的副本，请访问 www.kp.org/plandocuments 或电洽 1-888-901-4636 (TTY:

711)。如需通用术语的一般定义，如允许收取的费用、余额收费、共同保险、共付款、免赔额、服务提供者，或其他加下划线的术语，请参见术语表。您可以登录网址 www.healthcare.gov/sbc-glossary 查阅术语表，或电洽 1-888-901-4636 (TTY: 711)，索取一份术语表副本。

重要的问题	回答	为何重要：
总 <u>免赔额</u> 是什么？	网络内：\$0 网络外服务提供者：个人 \$500 / 家庭 \$1,000	通常，在本项计划开始付款之前，您必须支付所有来自服务提供者的费用，直至达到 <u>免赔额</u> 。如果计划中涵盖其他家庭成员，则每位家庭成员必须达到各自的个人 <u>免赔额</u> ，直至所有家庭成员支付的 <u>免赔额</u> 费用总额达到总家庭 <u>免赔额</u> 。
在您达到 <u>免赔额</u> 之前是否有承保服务？	是。第 2 页起表格所示的 <u>预防性护理</u> 和服务。	即使在您尚未达到 <u>免赔额</u> 的情况下，本项计划也会承保一些项目和服务。但可能适用共付款或共同保险。例如，本计划承保部分 <u>预防类服务</u> 且无需 <u>分摊费用</u> ，并且是在您达到 <u>免赔额</u> 之前。请在网站 www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits 上查看承保的 <u>预防性服务</u> 列表。
具体服务是否有其他 <u>免赔额</u> ？	没有。	您不必为具体服务而达到 <u>免赔额</u> 。
本项计划的 <u>自付额上限</u> 是什么？	网络内服务提供者：个人 \$1,200 / 家庭 \$2,400 网络内外共用	<u>自付额上限</u> 是您在一年内可为承保服务支付的最大数额。如果计划中涵盖其他家庭成员，则每位家庭成员必须达到各自的 <u>自付额上限</u> ，直至达到总家庭 <u>自付额上限</u> 。
哪些费用不包括在 <u>自付额上限</u> 内？	<u>保费</u> ， <u>余额收费</u> ，本计划未承保的家庭健康护理，以及第 2 页起表格所示的服务。	即使您支付这些费用，也不会计入 <u>自付额上限</u> 。
如果使用 <u>网络服务提供者</u> ，您是否会支付较少的费用？	是。请查阅网站 www.kp.org ，或电洽 1-888-901-4636 (TTY: 711)，索取 <u>网络服务提供者</u> 名单。	本项计划使用 <u>服务提供者网络</u> 。如果使用计划网络内的服务提供者，您会支付较少的费用。如果使用网络外服务提供者，则您将支付的费用最高，而且您可能还会收到来自 <u>服务提供者</u> 的账单，支付服务提供者收取的费用与您计划支付的费用之间的差额（ <u>余额收费</u> ）。请注意，您的网络服务提供者可能会为某些服务（如实验室项目）使用网络外服务提供者。在您接受服务之前，请与您的 <u>服务提供者</u> 联系。
您看 <u>专科医生</u> 是否需要转诊？	是的，但您可以自行转诊至某些 <u>专科医生</u> 处。	只有在您看 <u>专科医生</u> 之前接受转诊，本项计划才会为承保服务支付部分或全部 <u>专科医生</u> 费用。



此图表中所示的所有共付款和共同保险费用均为达到您的免赔额之后的费用，前提是适用免赔额。

常见医疗事件	您可能需要接受的服务	您需要支付的服务		限制、例外及其他重要信息
		网络内服务提供者支付的费用 (您将支付最少的费用)	网络外服务提供者支付的费用 (您将支付最多的费用)	
如果在健康护理服务提供者的诊所或门诊就诊	治疗受伤或疾病的初级护理就诊	不收费	\$15 / 每次就诊, 20% 共同保险	无
	专科医生门诊	\$15 / 每次就诊	\$15 / 每次就诊, 20% 共同保险	无
	预防性护理/筛检/免疫接种	不收费	20% 共同保险	您必须为非预防性服务支付费用。向您的服务提供者询问所需的服务是否为预防性服务。然后查看您的计划可支付费用项目。
如果您接受测试	诊断测试 (X 光照射、验血)	不收费	20% 共同保险	无
	成像 (CT/PET 扫描、MRI)	不收费	20% 共同保险	要求获得事先授权, 否则不能获得承保。
如果您需要药物治疗您的疾病或病症可在网站 www.kp.org/formulary 查阅有关处方药承保的更多信息。	价值基础药物	\$4 (零售);	\$13 (零售), 不适用免赔额。	最多承保 30 天的药量 (零售); 最多承保 90 天的药量 (邮购)。以处方指南为准。
	首选通用药	\$8 (零售); 每张处方零售费用分摊 (邮购) 优惠 \$5		
	首选品牌药	\$25 (零售); 每张处方零售费用分摊 (邮购) 优惠 \$5	\$30 (零售), 不适用免赔额。	最多承保 30 天的药量 (零售); 最多承保 90 天的药量 (邮购)。以处方指南为准。
	非首选药物	\$50 (零售); 每张处方零售费用分摊 (邮购) 优惠 \$5	\$55 (零售), 不适用免赔额。	最多承保 30 天的药量 (零售); 最多承保 90 天的药量 (邮购)。以处方指南为准。
	特殊药品	适用的首选通用名、首选品牌或适用非首选费用分摊。	适用的首选通用名、首选品牌或适用非首选费用分摊。	最多承保 30 天的药量 (零售)。通过例外情况程序审批时, 以处方指南为准。
如果您接受门诊手术	设施费 (例如: 门诊外科手术中心)	\$50 / 每次就诊	\$50 / 每次就诊, 20% 共同保险	无
	医生/外科医生费用	不收费	20% 共同保险	无
如果您需要立即就医	急诊室护理	\$200 / 每次就诊	\$200 / 每次就诊, 不适用免赔额。	如果在网络外服务提供者住院, 您必须在 24 小时内通知 Kaiser Permanente; 只限于初次急诊。如果以住

常见医疗事件	您可能需要接受的服务	您需要支付的服务		限制、例外及其他重要信息
		网络内服务提供者支付的费用 (您将支付最少的费用)	网络外服务提供者支付的费用 (您将支付最多的费用)	
				院患者身份入院，则免收共付款。
	急诊医疗交通服务	20% 共同保险	20% 共同保险，不适用免赔额。	无
	紧急护理	不收费	\$15 / 每次就诊，20% 共同保险	无
如果您住院	设施费（例如，医院病房）	每次入院每天 \$100，最高 \$500	每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险	要求获得事先授权，否则不能获得承保。
	医生/外科医生费用	不收费	20% 共同保险	要求获得事先授权，否则不能获得承保。
如果您需要精神健康、行为健康或药物滥用服务	门诊服务	不收费	\$15 / 每次就诊，20% 共同保险	无
	住院服务	每次入院每天 \$100，最高 \$500	每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险	要求获得事先授权，否则不能获得承保。
如果您怀孕	诊所就诊	不收费	\$15 / 每次就诊，20% 共同保险	根据服务类型，可能适用共付额，共同保险，或免赔额。产科护理可能包括 SBC 中其他部分所述的检查和服务（如超声检查）。
	分娩专业服务	不收费	20% 共同保险	住院 24 小时以内或在接受服务后医疗上可能的情况下您务必尽快通知 Kaiser Permanente。新生儿服务费用分摊与母亲的费用分摊分开计算。
	分娩设施服务	每次入院每天 \$100，最高 \$500	每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险	住院 24 小时以内或在接受服务后医疗上可能的情况下您务必尽快通知 Kaiser Permanente。新生儿服务费用分摊与母亲的费用分摊分开计算。
如果您需要接受康复协助或有其他特殊健康需求	家庭健康护理	不收费	20% 共同保险	要求获得事先授权，否则不能获得承保。
	康复服务	门诊：不收费 住院：每次入院每天 \$100，最高 \$500	门诊：\$15 / 每次就诊，20% 共同保险 住院：每次入院每天 \$100，最高 \$500，20%	合并伤残人士复健服务：门诊：60 就诊次数限制 / 年住院：每年天数上限 60 天，要求获得事先授权，否则不能获得承保。与网络内外服务提供者网络合并计算

常见医疗事件	您可能需要接受的服务	您需要支付的服务		限制、例外及其他重要信息
		网络内服务提供者支付的费用 (您将支付最少的费用)	网络外服务提供者支付的费用 (您将支付最多的费用)	
			共同保险	限制天数。
	伤残人士复健服务	门诊：不收费 住院：每次入院每天 \$100，最高 \$500	门诊：\$15 / 每次就诊，20% 共同保险 住院：每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险	合并康复服务：门诊：60 就诊次数限制 / 年住院：每年天数上限 60 天，要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。与网络内外服务提供者网络合并计算限制天数。
	专业护理	不收费	20% 共同保险	60- 天数限制 / 年。与网络内外服务提供者网络合并计算限制天数。要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。
	耐用医疗设备	不收费	50% 共同保险	以处方指南为准。要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。
	临终关怀服务	不收费	20% 共同保险	要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。
如果您的孩子需要接受牙科或眼科护理	孩子的眼科检查	屈光检查不收费， <u>免赔额</u> 不适用。	\$15 / 每次就诊，20% 共同保险	每 12 个月仅限一次检查
	孩子的眼镜	不收费	网络内共用	19 岁及以上的会员限于每 12 个月 \$600；19 岁以下的会员限于每年 1 副镜架和镜片或按照 50% 共同保险为隐形镜片提供承保
	孩子的牙科检查	不承保	不承保	无

不包括的服务及其他承保服务：

您的计划通常不承保的服务（查阅您的保单或计划文件，了解更多信息，以及任何其他排除服务的列表。）		
<ul style="list-style-type: none"> • 整容手术 • 牙科护理（成人和儿童） • 助听器 	<ul style="list-style-type: none"> • 不孕症治疗 • 长期护理 • 在美国境外旅行时非紧急护理 	<ul style="list-style-type: none"> • 专人护理 • 例行足部护理 • 减体重计划
其他承保服务（限制条件可能适用于这些服务。这并非是完全列表。请查看您的计划文件。）		
<ul style="list-style-type: none"> • 针灸（每年就诊次数限制 20 次） • 肥胖症治疗手术 	<ul style="list-style-type: none"> • 孩子的眼镜 • 脊椎按摩疗法（每年就诊次数限制 20 次） 	<ul style="list-style-type: none"> • 例行眼科护理（成人）

您继续享受承保的权利：如果您想在承保结束后继续享受承保，一些机构可以为您提供帮助。下列图标所示的这些机构的联系方式如下：您还可以使用其他承保方案，包括通过医疗保险交易市场购买个人保险。如需了解关于该交易市场的更多信息，请访问网站 www.HealthCare.gov 或电洽 1-800-318-2596。

您的投诉和上诉权利：如果您因拒绝索赔而需要对计划进行投诉，有一些机构可以为您提供帮助。这种投诉被称为投诉或上诉。如需了解关于您权利的更多信息，请查看您将收到的关于该医疗索赔的福利说明。您的计划文件还会提供完整信息，用以向您的计划提交任何理由的索赔、上诉或投诉。如需了解关于您的权利或本通知的更多信息，或者需要获得帮助，请联系下述表格中的机构。

您继续享受承保的权利以及申诉和上诉权利之联系方式：

Kaiser Permanente 会员服务	1-888-901-4636(TTY:711) 或 www.kp.org
美国劳工部雇员福利安全局 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform
美国卫生与公众服务部 (Department of Health & Human Services)，消费者信息和保险监督中心 (Center for Consumer Information & Insurance Oversight)	1-877-267-2323 x61565 或 www.cciio.cms.gov 。
华盛顿州保险部门 (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 或 www.insurance.wa.gov

本项计划是否提供最低基本承保？是

最低基本承保一般包括通过交易市场或其他个人市场政策，Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和部分其他承保的计划，医疗保险。如果您有资格获得部分类型的最低基本承保，您可能没有资格获得保险费税项抵免。

本项计划是否达到最低价值标准？是

如果您的计划未达到最低价值标准，则您可能没有资格获得保险费税项抵免，进而帮助您通过交易市场为计划支付费用。

语言服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

如需了解本项计划可能为某种示范医疗状况承保费用的方式，请查阅下一部分。

以下承保范例说明：



这不是费用估算工具。所示治疗仅为本项[计划](#)可能承保医疗护理方式的范例。您实际的费用将根据您实际接受的护理、您的[服务提供者](#)的收费价格以及许多其他因素不同而异。集中于[分摊费用](#)数额（免赔额、共付款和共同保险）和本项计划[排除在外的服务](#)。利用此信息比较不同健康[计划](#)中您可能需要支付的费用部分。请注意，以下承保范例以惟我承保为基础。

Peg 即将分娩

（9 个月的网络内产前护理和住院分娩服务）

■计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生 共付额	\$15
■医院（设施） 共付额	\$100
■其他（验血） 共付额	\$0

此范例事件包含如下服务：

专科医生诊所就诊（*产前护理*）
分娩专业服务
分娩设施服务
诊断测试（*超声检查和验血*）
专科医生就诊（*麻醉*）

范例总计费用	\$12,700
--------	----------

在此范例中，Peg 将支付以下费用：

分摊费用	
免赔额	\$0
共付款	\$100
共同保险	\$0

未承保的部分

限制条款或排除项目	\$20
Peg 将支付的总计费用为	\$120

管理 Joe 的 2 型糖尿病

（一年的网络内常规护理，病情得到良好控制）

■计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生 共付额	\$15
■医院（设施） 共付额	\$100
■其他（验血） 共付额	\$0

此范例事件包含如下服务：

初级护理医师诊所就诊（*包括疾病教育*）
诊断测试（*验血*）
处方药
耐用医疗设备（*血糖仪*）

范例总计费用	\$5,600
--------	---------

在此范例中，Joe 将支付以下费用：

分摊费用	
免赔额	\$0
共付款	\$600
共同保险	\$0

未承保的部分

限制条款或排除项目	\$0
Joe 将支付的总计费用为	\$600

Mia 的单纯性骨折

（网络内急诊就诊及后续护理）

■计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生 共付额	\$15
■医院（设施） 共付额	\$100
■其他（X 射线） 共付额	\$0

此范例事件包含如下服务：

急诊室护理（*包括医药用品*）
诊断测试（*X 光照射*）
耐用医疗设备（*拐杖*）
康复服务（*物理治疗*）

范例总计费用	\$2,800
--------	---------

在此范例中，Mia 将支付以下费用：

分摊费用	
免赔额	\$0
共付款	\$60
共同保险	\$200

未承保的部分

限制条款或排除项目	\$0
Mia 将支付的总计费用为	\$260

本项[计划](#)将对以下范例承保服务的其他费用负责。