

健康计划福利摘要



KPNW 计划纲要

生效日期：2019年8月1日

注意：这只是福利摘要，并非要取代该计划的参保证明、合同或保险证明的具体细节。如有出入，请以参保证明、合同或保险证明为准。

自费最高限额（注意：除非另有说明，否则所有共付额和共同保险金额均计入自费最高限额。）	
单个会员	1250 美元
整个家庭	2500 美元
门诊就诊	
常规预防体检	0 美元
初级护理	15 美元
特殊护理	15 美元
紧急照护	30 美元
检查（门诊病人）	
预防性检查	0 美元
实验室	0 美元
X 光、成像、特殊诊断程序	0 美元
CT、MRI、PET 扫描	每次就诊 50 美元
药物（门诊病人）	
处方药（最多 30 天的供应量）	5 美元（非专利药）/20 美元（首选品牌药）/50 美元（非首选品牌药）
邮购处方药物（最多 90 天的供应量）	10 美元（非专利药）/40 美元（首选品牌药）/100 美元（非首选品牌药）
直接给与用药，包括注射（门诊设置）	0 美元
护士治疗室就诊并接受注射	5 美元
产妇护理	
拟定的产前护理和首次产后访视	0 美元
实验室	0 美元
X 光、成像、特殊诊断程序	0 美元
住院病人医院服务	每次住院 100 美元
不孕症	
治疗不孕不育的医疗和外科服务以及所有相关服务	在承保范围之内，但要视适用的门诊病人服务成本分摊而定，每人终生最高限额为 3 万美元。 包括人工授精、体外受精和辅助生殖（包括配子输卵管内移植 [GIFT] 和合子输卵管内移植 [ZIFT]） 生育药物 ：在承保范围之内，但受 50% 计划共同保险的限制，终生最高限额为 5000 美元

服务 (续)

医院服务	
救护服务 (每次运送)	75 美元
急诊	200 美元 (如果住院, 则不收费)
住院病人医院服务	每次住院 100 美元
化学治疗 / 放射治疗就诊	15 美元
耐用医疗设备、外部假体装置和矫正装置	20% 共同保险
物理、言语及职业疗法 (每个日历年度每项治疗 20 次就诊)	15 美元
专业护理设施服务	
住院病人专业护理服务 (每个日历年度最多 100 天)	0 美元
化学品依赖服务	
门诊病人服务 (组团就诊 ½ 挂号费)	0 美元
住院病人医院和住宿服务	每次住院 100 美元
心理健康服务	
门诊病人服务 (组团就诊 ½ 挂号费)	0 美元
住院病人医院和住宿服务	每次住院 100 美元
替代性护理	
替代性护理 (自我转诊)	脊椎治疗师就诊, 每次 15 美元
视力服务	
常规眼科检查 (直到 19 岁的第一个月)	0 美元
视力辅助装置和视光服务 (直到 19 岁的第一个月)	眼镜镜片、镜框或隐形眼镜不收费 (每 12 个月)
常规眼科检查 (19 岁及以上)	10 美元
视力辅助装置和视光服务 (19 岁及以上) *	眼镜或隐形眼镜的初始补助最高为 300 美元, 一年不得超过一次。

* 您为承保范围内的服务所支付的任何金额均不计入自费最高限额。

其他特征

随时随地在线访问,
不额外收费: kp.org
访问病史档案
继续按方抓药
给医生发邮件
检查实验结果

预约
健康风险评估 —
会员、设施和服务的
个人在线工具:
kp.org/facilities
37 家医务室

8 个急救位置
17 间牙科诊所
The Portland Clinic (7 处)
护士 24 小时提供咨询服务
健康导师服务
会员折扣: kp.org/choosehealthy

CHP Active and Healthy 项目
健身俱乐部折扣
维生素和补充剂
替代性和脊椎按摩护理

排除和限制: 下列服务要么完全排除在承保范围之外, 要么受到部分限制。这适用于本应在承保范围内的所有服务, 是对“排除和限制”(仅适用于承保证书(EOC)中对该服务的描述中所列的特定服务)的补充。有关“排除和限制”的完整列表和说明, 请参阅 EOC。针灸: 除非您的雇主集团购买了“替代性护理服务附加条款”。脊柱护理: 除非您的雇主集团购买了“替代性护理服务附加条款”或“脊椎按摩服务附加条款”(以进行自我转诊的脊椎保健)。美容服务: 此排除不适用于 EOC“福利”部分中“整形外科服务”所涵盖的服务。监护服务。牙科服务。指定献血。雇主责任: 对于法律要求雇主提供的任何服务, 我们不予报销。实验性或临床研究服务。眼部分外科手术: 辐射状角膜切开术、光性屈光性角膜切削术和屈光手术, 包括手术评估。家庭服务: 您的直系亲属成员所提供的服务。基因检测。助听器: 除非您的集团购买了“助听器附加条款”。催眠疗法。不孕症治疗服务: 除非您的集团购买了“不孕症治疗附加条款”。中介服务: 不包括中等监护设施的服务。弱视辅助器。按摩疗法服务: 除非您的雇主集团购买了“替代性护理服务附加条款”。自然疗法服务: 除非您的雇主集团购买了“替代性护理服务附加条款”。非医疗必需服务。与承保范围之外的服务相关的服务。非卫生保健服务、用品或物品的服务。支持性护理和其他服务。代孕。为任何与代孕安排有关的人提供的服务, 但为代孕成员提供的原本承保的服务除外。出行和住宿。出行服务。所有与出行相关的服务, 包括旅游所需疫苗接种 (如黄热病、伤寒、日本脑炎): 除非您的集团购买了“出行服务附加条款”。视力辅助装置和视光服务: 除非您的集团购买了“成人视力辅助装置和视光服务附加条款”和 / 或“儿科视力辅助装置和视光服务附加条款”。视觉治疗和斜视矫正术或眼保健操。这并不是合同。该福利摘要并未完全描述您在西北凯撒基金会健康计划 (Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest) 的福利保险范围。有关福利保险范围、索赔审查和裁判程序的详细信息, 请查看您的 EOC 或致电会员服务。如果本摘要和 EOC 有出入, 请以 EOC 为准。