

건강 보험 혜택 요약



KPNW 플랜 요약

발효일: 2019년 8월 1일

참고: 이것은 혜택 요약일 뿐이며 보험 증서, 계약서 또는 보험가입 확인서의 내용을 대체하기 위한 것이 아닙니다. 상이한 사항이 있는 경우, 보험 증서, 계약서 또는 보험가입 확인서가 우선합니다.

최대 본인 부담액(참고: 별도로 명시되지 않는 한, 모든 공동 부담금 및 공동 보험료는 최대 본인 부담액에 포함됩니다.)	
1인 회원의 경우	\$1,250
전체 가족의 경우	\$2,500
진료실 방문	
정기 예방 신체 검사	\$0
1차 진료	\$15
전문 진료	\$15
긴급 치료	\$30
검사(외래 환자)	
예방 검사	\$0
검사실	\$0
X-레이, 이미징 및 특수 진단 절차	\$0
CT, MRI, PET 스캔	부서 방문당 \$50
약물 치료(외래 환자)	
처방약(최대 30일 분량)	\$5 제네릭/\$20 선호 브랜드/\$50 비선호 브랜드
우편 주문 처방약(최대 90일 분량)	\$10 제네릭/\$40 선호 브랜드/\$100 비선호 브랜드
주사를 포함한 투여 약물 (모든 외래 환자의 경우)	\$0
주사를 맞기 위해 간호사 치료실 방문	\$5
출산 관리	
예정된 산전 간호 및 산후 첫 방문	\$0
검사실	\$0
X-레이, 이미징 및 특수 진단 절차	\$0
입원 환자 병원 서비스	입원 당 \$100
불임	
피임 및 불임의 치료를 위한 의료 및 외과 서비스와 모든 관련 서비스	적용 가능한 외래 환자 서비스 비용 부담에 따라 보장되며, 평생 최대 \$30,000로 제한됩니다. 생식세포자궁관내이식(GIFT) 및 접합체 난관내 이식(ZIFT)을 비롯한 인공 수정, 시험관 수정 및 보조 생식을 포함합니다. 불임 약물: 50% 공동 보험 계획에 적용되며, 평생 최대 혜택 \$5,000로 제한됩니다.

서비스 계속

병원 서비스	
구급차 서비스(운송당)	\$75
응급실 방문	\$200(입원시 면제)
입원 환자 병원 서비스	입원 당 \$100
화학 요법/방사선 요법 방문	\$15
내구성 의료 기기, 외부 보철 장치 및 교정 장치	20% 공동 보험
신체, 언어 및 직업 요법 (연간 치료 당 최대 20회 방문)	\$15
숙련된 간호 시설 서비스	
입원 환자 전문 간호 서비스(연간 최대 100일)	\$0
약물 의존 서비스	
외래 환자 서비스(단체 방문 ½ 공동 부담금)	\$0
입원 환자 병원 및 주거 서비스	입원 당 \$100
정신 건강 서비스	
외래 환자 서비스(단체 방문 ½ 공동 부담금)	\$0
입원 환자 병원 및 주거 서비스	입원 당 \$100
대체 치료	
대체 치료(자체 추천)	척추 지압 방문당 \$15
시력 서비스	
정기 안과 검사(19세 1개월차까지)	\$0
시력 하드웨어 및 광학 서비스(19세 1개월차까지)	안경 렌즈 또는 안경테 또는 콘택트 렌즈는 12개월마다 무료입니다.
정기 안과 검사(19세 이상)	\$10
시력 하드웨어 및 광학 서비스(19세 이상)*	연간 1회까지 안경이나 콘택트 렌즈에 대해 최대 \$300의 초기 수당.

* 보장 서비스에 대해 지불하는 금액은 본인 부담 최대 금액에 포함되지 않습니다.

추가 특징

추가 비용 없이 언제 어디서나 온라인 액세스: kp.org 의료 기록 접근 처방약 리필 의사에게 이메일 문의 검사 결과 확인	예약 건강 위험 평가 - 회원을 위한 개인 온라인 도구 시설 및 서비스 : kp.org/facilities 37개 진료소 8개 긴급 치료 장소	17개 치과 진료소 The Portland Clinic(7개 소재지) 24시간 상담 간호사 건강 관리 서비스 회원 할인: kp.org/choosehealthy CHP Active and Healthy	피트니스 클럽 할인 비타민 및 보조제 대체 및 지압요법 치료
--	--	--	---

제외 및 제한 사항: 아래에 나열된 서비스는 보장 범위에서 완전히 제외되거나 부분적으로 제한됩니다. 이것은 다른 방식으로 보장되는 모든 서비스에 적용되며, 보험 적용 확인서(EOC)에서 해당 서비스에 대한 설명에 나열된 특정 서비스에만 적용되는 제외 및 제한 사항에 추가되는 것입니다. 제외 및 제한 사항에 대한 전체 목록과 설명은 EOC를 참조하십시오. 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우 침술. 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더" 또는 "지압요법 서비스 라이더"(자가 의뢰 물리 치료)를 구입하지 않은 경우 지압요법 치료. 미용 서비스; 이 제외 사항은 EOC의 "혜택" 섹션에 있는 "재건술 서비스"에 포함된 서비스에는 적용되지 않습니다. 보호 서비스. 치과 서비스. 지정 헌혈. 고용주 책임; 법에 따라 고용주가 제공해야 하는 서비스에 대해서는 고용주에게 상환하지 않습니다. 실험 또는 임상시험 서비스. 안과 수술; 시술에 대한 평가를 포함하여 방사선 각막 절개술, 굴절교정레이저각막절제술 및 굴절교정 수술 가족 서비스; 직계 가족 구성원이 제공하는 서비스. 유전 검사. 귀하의 그룹이 "보청기 라이더"를 구매하지 않은 경우에 보청기. 최면 요법. 귀하의 그룹이 "불임 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 불임 치료 서비스. 중재 서비스; 중재 의료 시설의 서비스는 제외됩니다. 저시력 보조 장치. 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 마사지 요법 서비스. 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 자연 요법 서비스. 비의학적으로 필요한 서비스. 비보험 서비스와 관련된 서비스. 건강 관리 서비스. 용품 또는 품목이 아닌 서비스. 지지 요법 및 기타 서비스. 대리모. 대리모인 회원에게 제공되는 달리 보장되는 서비스를 제외하면, 대리모 약정과 관련된 모든 사람을 위한 서비스. 통원 및 숙박. 통원 서비스. 그룹이 "통원 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우 통원 전용 예방 접종(예를 들어, 황열병, 장티푸스 및 일본 뇌염)을 포함한 모든 여행 관련 서비스. 귀하의 그룹이 "성인용 시력 하드웨어 및 광학 서비스 라이더" 및/또는 "소아용 시력 하드웨어 및 광학 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 시력 하드웨어 및 광학 서비스. 시력 치료 및 정형 외과 또는 눈 운동. 이것은 계약이 아닙니다. 본 혜택 요약에는 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest의 혜택 보장 범위가 완전히 설명되어 있지 않습니다. 혜택 보장, 클레임 검토 및 판결 절차에 대한 자세한 내용은 EOC를 참조하거나 회원 서비스에 문의하십시오. 본 요약과 EOC가 상충하는 부분이 있는 경우 EOC가 우선합니다.