

# 医疗计划 福利摘要



KPNW 计划纲要  
生效日期：2020 年 8 月 1 日

这只是福利摘要，而非合同或参保证明，所有福利描述，包括替代性护理，均针对医疗必修服务。对于承保范围内的服务，会员只需支付较少的成本分摊或实际费用即可享受该服务。对于包括受限情况在内的完整保险条款，请参阅您的参保证明。根据《2010 年患者保护和平价医疗法案》：

- 承保范围内的基本健康福利的美元价值的终生最高限额不再适用。因达到本计划所规定的终生最高赔偿限额而导致保险终止的成员有资格参加本计划。
- 机构护理服务提供者仅：二十六 (26) 岁以下受抚养子女有资格参加本计划。家属的保险费将由您全额承担。联系您的雇主以了解保险费率。

自费最高限额	
<b>寻医就诊</b>	
单个会员	1250 美元
整个家庭	2500 美元
<b>寻医就诊</b>	
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
<b>检查</b>	
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
<b>药物 (门诊病人)</b>	
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) /50 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
<b>产妇护理</b>	
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
<b>不孕症</b>	
治疗不孕不育的医疗和外科服务以及所有相关服务	<p>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])。</p> <p><b>生育药物</b>：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</p>

## 凯萨医疗机构西北健康计划福利摘要（续）

服务（续）	
<b>医院服务</b>	
救护车服务（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
<b>专业护理设施服务</b>	
住院病人专业护理服务（每个日历年度最多 100 天）	0 美元
<b>化学品依赖服务</b>	
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
<b>心理健康服务</b>	
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
<b>替代性护理</b>	
替代性护理（自我转诊）	脊椎治疗师就诊，每次 15 美元，最多 12 次，多余次数需预先授权
<b>视力服务</b>	
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。
<b>听力服务</b>	
听力硬件	通过一项单独的福利参保：EPIC Hearing。无挂号费，您还可以获得最高每 3 年每侧耳朵 1200 美元的助听器补贴。访问 <a href="http://myseiu.be/hearing">myseiu.be/hearing</a> 网站了解更多内容

\* 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	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	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	健身俱乐部折扣 维生素和补充剂 替代性 和脊椎按摩护理
访问病史档案	37 家医务室	CHP Active and Healthy 项目	
继续按方抓药	8 个急救位置		
给医生发邮件			
检查实验结果			

**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。眼部外科手术：辐射状角膜切术、光性屈光性角膜切术和屈光手术，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。