

所有计划皆由凯撒基金会华盛顿健康计划 (Kaiser Foundation Health Plan of Washington) 提供并承保



**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](http://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](http://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：                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>总<b>免赔额</b>是什么？</b>                 | 个人 \$1,500 / 家庭 \$3,000                                                                                 | 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 <b>免赔额</b> 。如果 <b>计划</b> 中涵盖其他家庭成员，则每位家庭成员必须达到各自的 <b>个人免赔额</b> ，直至所有家庭成员支付的 <b>免赔额</b> 费用总额达到总家庭 <b>免赔额</b> 。                                                                                                                                                          |
| <b>在您达到<b>免赔额</b>之前是否有承保服务？</b>        | 是。第 2 页起表格所示的 <b>预防性护理</b> 和服务。                                                                         | 即使在您尚未达到 <b>免赔额</b> 的情况下，本项 <b>计划</b> 也会承保一些项目和服务。但可能适用 <b>共付款</b> 或 <b>共同保险</b> 。例如，本计划承保部分 <b>预防类服务</b> 且无需 <b>分摊费用</b> ，并且是在您达到 <b>免赔额</b> 之前。请在网站 <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> 上查看承保的 <b>预防性服务</b> 列表。 |
| <b>具体服务是否有其他<b>免赔额</b>？</b>            | 没有。                                                                                                     | 您不必为具体服务而达到 <b>免赔额</b> 。                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>本项<b>计划</b>的<b>自付额上限</b>是什么？</b>    | 个人 \$6,250 / 家庭 \$12,500                                                                                | <b>自付额上限</b> 是您在一年内可为承保服务支付的最大数额。如果 <b>计划</b> 中涵盖其他家庭成员，则每位家庭成员必须达到各自的 <b>自付额上限</b> ，直至达到总家庭 <b>自付额上限</b> 。                                                                                                                                                                                                  |
| <b>哪些费用不包括在<b>自付额上限</b>内？</b>          | <b>保费</b> ， <b>余额收费</b> ，本 <b>计划</b> 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 <b>自付额上限</b> 。                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>如果使用<b>网络服务提供者</b>，您是否会支付较少的费用？</b> | 是。请查阅网站 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> ，或电洽 1-888-901-4636 (TTY: 711)，索取 <b>网络服务提供者</b> 名单。 | 本项 <b>计划</b> 使用 <b>服务提供者网络</b> 。如果使用 <b>计划网络内的服务提供者</b> ，您会支付较少的费用。如果使用 <b>网络外服务提供者</b> ，则您将支付的费用最高，而且您可能还会收到来自 <b>服务提供者</b> 的账单，支付服务提供者收取的费用与您 <b>计划</b> 支付的费用之间的差额（ <b>余额收费</b> ）。请注意，您的 <b>网络服务提供者</b> 可能会为某些服务（如实验室项目）使用 <b>网络外服务提供者</b> 。在您接受服务之前，请与您的 <b>服务提供者</b> 联系。                                 |
| <b>您看<b>专科医生</b>是否需要转诊？</b>            | 是的，但您可以自行转诊至某些 <b>专科医生</b> 处。                                                                           | 只有在您看 <b>专科医生</b> 之前接受 <b>转诊</b> ，本项 <b>计划</b> 才会为承保服务支付部分或全部 <b>专科医生</b> 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<br>(您将支付最少的费用)                                        | 非网络内服务提供者<br>(您将支付最多的费用) |                                                                                             |
| 如果在 <a href="#">健康护理服务提供者</a> 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，无需缴纳 <a href="#">免赔额</a>                                   | 不承保                      | 无                                                                                           |
|                                                                                                                              | <a href="#">专科医生</a> 门诊           | \$25 / 每次就诊，不适用 <a href="#">免赔额</a> 。                          | 不承保                      | 无                                                                                           |
|                                                                                                                              | <a href="#">预防性护理/筛检/</a><br>免疫接种 | 不收费，无需缴纳 <a href="#">免赔额</a>                                   | 不承保                      | 您必须为非预防性服务支付费用。向您的 <a href="#">服务提供者</a> 询问所需的服务是否为预防性服务。然后查看您的 <a href="#">计划</a> 可支付费用项目。 |
| 如果您接受测试                                                                                                                      | <a href="#">诊断测试</a> (X 光照射、验血)   | 20% 共同保险                                                       | 不承保                      | 无                                                                                           |
|                                                                                                                              | 成像 (CT/PET 扫描、MRI)                | 20% 共同保险                                                       | 不承保                      | 要求获得 <a href="#">事先授权</a> ，否则不能获得承保。                                                        |
| 如果您需要药物治疗您的疾病或病症<br>可在网站<br><a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> 查阅有关 <a href="#">处方药承保</a> 的更多信息。 | 价值基础药物                            | \$4 (零售) ;                                                     | 不承保                      | 最多承保 90 天的药量 (零售 / 邮寄)。以 <a href="#">处方指南</a> 为准。                                           |
|                                                                                                                              | 首选通用药 (第 1 级)                     | \$8 (零售) ;<br>每张处方零售分摊费用 (邮购) 优惠 \$5, <a href="#">免赔额</a> 不适用。 |                          |                                                                                             |
|                                                                                                                              | 首选品牌药 (第 2 级)                     | \$25 (零售)<br>每张处方零售分摊费用 (邮购) 优惠 \$5, <a href="#">免赔额</a> 不适用。  | 不承保                      | 最多承保 90 天的药量 (零售 / 邮寄)。以 <a href="#">处方指南</a> 为准。                                           |
|                                                                                                                              | 非首选药物 (第 3 级)                     | 不承保                                                            | 不承保                      | 无                                                                                           |
|                                                                                                                              | <a href="#">特殊药品</a>              | 适用的首选品牌或首选品牌分摊费用适用。                                            | 不承保                      | 最多承保 30 天的药量 (零售)。通过例外情况程序审批时，以 <a href="#">处方指南</a> 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 共付款 / 每次就诊，20% 共同保险                                       | 不承保                      | 无                                                                                           |
|                                                                                                                              | 医生/外科医生费用                         | 20% 共同保险                                                       | 不承保                      | 无                                                                                           |

| 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<br>(您将支付最少的费用)                              | 非网络内服务提供者<br>(您将支付最多的费用)                             |                                                                                                                  |
| 如果您需要立即就医             | <a href="#">急诊室护理</a>    | \$200 / 每次就诊, 20% 共同保险                               | \$200 / 每次就诊, 20% 共同保险                               | 如果在 <a href="#">非网络服务提供者</a> 住院, 您必须在 24 小时内通知 Kaiser Permanente; 只限于初次急诊。如果以住院患者身份入院, 则免收 <a href="#">共付款</a> 。 |
|                       | <a href="#">急诊医疗交通服务</a> | 20% <a href="#">共同保险</a> , 不适用 <a href="#">免赔额</a> 。 | 20% <a href="#">共同保险</a> , 不适用 <a href="#">免赔额</a> 。 | 无                                                                                                                |
|                       | <a href="#">紧急护理</a>     | 不收费, 无需缴纳 <a href="#">免赔额</a>                        | \$200 / 每次就诊, 20% 共同保险                               | 暂时处于服务区域外时, <a href="#">非网络服务提供者</a> 能进行承保。                                                                      |
| 如果您住院                 | 设施费 (例如, 医院病房)           | 每次入院每天 \$100, 最高 \$500, 20% 共同保险                     | 不承保                                                  | 要求获得 <a href="#">事先授权</a> , 否则不能获得承保。                                                                            |
|                       | 医生/外科医生费用                | 20% 共同保险                                             | 不承保                                                  | 要求获得 <a href="#">事先授权</a> , 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, 无需缴纳 <a href="#">免赔额</a>                        | 不承保                                                  | 无                                                                                                                |
|                       | 住院服务                     | 每次入院每天 \$100, 最高 \$500, 20% 共同保险                     | 不承保                                                  | 要求获得 <a href="#">事先授权</a> , 否则不能获得承保。                                                                            |
| 如果您怀孕                 | 诊所就诊                     | 20% <a href="#">共同保险</a>                             | 不承保                                                  | 分摊费用不适用于 <a href="#">预防性服务</a> 。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                   | 20% 共同保险                                             | 不承保                                                  | 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 <a href="#">费用分摊</a> 与母亲的费用 <a href="#">分摊</a> 分开计算。   |
|                       | 分娩设施服务                   | 每次入院每天 \$100, 最高 \$500, 20% 共同保险                     | 不承保                                                  | 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 <a href="#">费用分摊</a> 与母亲的费用 <a href="#">分摊</a> 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 | <a href="#">家庭健康护理</a>   | 不收费, 无需缴纳 <a href="#">免赔额</a>                        | 不承保                                                  | 要求获得 <a href="#">事先授权</a> , 否则不能获得承保。                                                                            |
|                       | <a href="#">康复服务</a>     | 门诊: \$25 / 每次就诊, 不适用 <a href="#">免赔额</a> 。           | 不承保                                                  | 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                                                                |

| 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<br>(您将支付最少的费用)                                     | 非网络内服务提供者<br>(您将支付最多的费用) |                                                                               |
|                   |                          | 住院：每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险                           |                          | 得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。                                                      |
|                   | <a href="#">伤残人士复健服务</a> | 门诊：\$25 / 每次就诊，不适用免赔额。<br>住院：每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险 | 不承保                      | 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。             |
|                   | <a href="#">专业护理</a>     | 20% 共同保险                                                    | 不承保                      | 60- 天数限制 / 年。要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。                                      |
|                   | <a href="#">耐用医疗设备</a>   | 50% <u>共同保险</u> ，不适用免赔额。                                    | 不承保                      | 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。                                           |
|                   | <a href="#">临终关怀服务</a>   | 不收费，无需缴纳免赔额                                                 | 不承保                      | 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，免赔额不适用。                                             | 不承保                      | 每 12 个月仅限一次检查                                                                 |
|                   | 孩子的眼镜                    | 不收费，无需缴纳免赔额                                                 | 不承保                      | 19 岁及以上的会员限于每 12 个月 \$300；19 岁以下的会员限于每年 1 副镜架和镜片或按照 50% <u>共同保险</u> 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：**

|                                                                                                        |                                                                                                                           |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>您的<a href="#">计划</a>通常不承保的服务（查阅您的保单或<a href="#">计划文件</a>，了解更多信息，以及任何其他<a href="#">排除服务</a>的列表。）</b> |                                                                                                                           |                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 整容手术</li> <li>• 牙科护理（成人和儿童）</li> <li>• 助听器</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 长期护理</li> <li>• 在美国境外旅行时非紧急护理</li> <li>• 专人护理</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 例行足部护理</li> <li>• 减体重计划</li> </ul> |
| <b>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<a href="#">计划文件</a>。）</b>                                       |                                                                                                                           |                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 针灸（每年就诊次数限制 20 次）</li> <li>• 肥胖症治疗手术</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 脊椎按摩疗法（每年就诊次数限制 20 次）</li> <li>• 不孕症治疗（医疗限额 \$50,000；终身药物限额 \$35,000）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 例行眼科护理（成人）</li> </ul>              |

**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](http://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 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>                                     |
| 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 <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| 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 <a href="http://www.ccio.cms.gov">www.ccio.cms.gov</a>                           |
| 华盛顿州保险部门 (Washington Department of Insurance)                                                                            | 1-800-562-6900 或 <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>                          |

**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): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo 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)

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| ■ <a href="#">计划的总免赔额</a>     | \$1,500    |
| ■ <a href="#">专科医生共付额</a>     | \$25       |
| ■ 医院（设施） <a href="#">分摊费用</a> | \$100 +20% |
| ■ 其他（验血） <a href="#">共同保险</a> | 20%        |

#### 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：   |          |
| <i>分摊费用</i>          |          |
| <a href="#">免赔额</a>  | \$1,500  |
| <a href="#">共付款</a>  | \$100    |
| <a href="#">共同保险</a> | \$2,000  |
| <i>未承保的部分</i>        |          |
| 限制条款或排除项目            | \$20     |
| Peg 将支付的总计费用为        | \$3,620  |

### 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)

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| ■ <a href="#">计划的总免赔额</a>     | \$1,500    |
| ■ <a href="#">专科医生共付额</a>     | \$25       |
| ■ 医院（设施） <a href="#">分摊费用</a> | \$100 +20% |
| ■ 其他（验血） <a href="#">共同保险</a> | 20%        |

#### 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：   |         |
| <i>分摊费用</i>          |         |
| <a href="#">免赔额</a>  | \$40    |
| <a href="#">共付款</a>  | \$600   |
| <a href="#">共同保险</a> | \$0     |
| <i>未承保的部分</i>        |         |
| 限制条款或排除项目            | \$0     |
| Joe 将支付的总计费用为        | \$640   |

### Mia 的单纯性骨折

(网络内急诊就诊及后续护理)

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| ■ <a href="#">计划的总免赔额</a>       | \$1,500    |
| ■ <a href="#">专科医生共付额</a>       | \$25       |
| ■ 医院（设施） <a href="#">分摊费用</a>   | \$100 +20% |
| ■ 其他（X 射线） <a href="#">共同保险</a> | 20%        |

#### 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：   |         |
| <i>分摊费用</i>          |         |
| <a href="#">免赔额</a>  | \$900   |
| <a href="#">共付款</a>  | \$100   |
| <a href="#">共同保险</a> | \$300   |
| <i>未承保的部分</i>        |         |
| 限制条款或排除项目            | \$0     |
| Mia 将支付的总计费用为        | \$1,300 |

本项计划将对以下范例承保服务的其他费用负责。