

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>总免赔额</b> 是什么？	\$0	有关该计划承保的服务费用，请查阅下述常见医疗事件表。
<b>在您达到免赔额之前是否有承保服务？</b>	不适用。	即使在您尚未达到免赔额的情况下，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 <b>预防类服务</b> 且 <b>无需分摊费用</b> ，并且是在您达到免赔额之前。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免赔额？</b>	没有。	您不必为具体服务而达到 <b>免赔额</b> 。
<b>本项计划的自付额上限</b> 是什么？	个人 \$1,200 / 家庭 \$2,400	<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 <b>自付额上限</b> ，直至达到总家庭 <b>自付额上限</b> 。
<b>哪些费用不包括在自付额上限内？</b>	保费，余额收费，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 <b>自付额上限</b> 。
<b>如果使用网络服务提供者，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。	本项计划使用 <b>服务提供者网络</b> 。如果使用 <b>计划网络内</b> 的服务提供者，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计划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>专科医生处</b> 。	只有在您看 <b>专科医生</b> 之前接受转诊，本项计划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 (您将支付最少的费用)	非网络内服务提供者 (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	不承保	无
	<a href="#">专科医生</a> 门诊	\$15 / 每次就诊	不承保	无
	<a href="#">预防性护理/筛检/免疫接种</a>	不收费	不承保	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 <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)	不收费	不承保	无
	成像 (CT/PET 扫描、MRI)	\$50 / 每次就诊	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 可在网站 <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。	基础价值药物	\$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。对避孕药物和装置不承保。
	首选通用药 (第 1 级)	\$8 (零售) ; 每张处方零售分摊费用 (邮购) 优惠 \$5		
	首选品牌药 (第 2 级)	\$25 (零售) ; 每张处方零售分摊费用 (邮购) 优惠 \$5	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。对避孕药物和装置不承保。
	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 / 每次就诊	不承保	无
	医生/外科医生费用	不收费	不承保	医生/外科医生费用包含在设施费之中。
如果您需要立即就医	<a href="#">急诊室护理</a>	\$200 / 每次就诊	\$200 / 每次就诊	如果在非网络服务提供者住院，您必须在 24 小时内通知 Kaiser Permanente; 只限于初次急

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 (您将支付最少的费用)	非网络内服务提供者 (您将支付最多的费用)	
				诊。如果以住院患者身份入院，则免收共付款。
	<a href="#">急诊医疗交通服务</a>	20% 共同保险	20% 共同保险	无
	<a href="#">紧急护理</a>	不收费	\$200 / 每次就诊	暂时处于服务区域外时， <u>非网络服务提供者</u> 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，不收费	不承保	要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。
	医生/外科医生费用	不收费	不承保	医生/外科医生费用包含在设施费之中。要求获得 <u>事先授权</u> ，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	不承保	无
	住院服务	每次入院每天 \$100，最高 \$500，不收费	不承保	要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。
如果您怀孕	诊所就诊	不收费	不承保	根据服务类型，可能适用共付额， <u>共同保险</u> ，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	不承保	专业服务包含在设施服务之中。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，不收费	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	<a href="#">家庭健康护理</a>	不收费	不承保	要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。
	<a href="#">康复服务</a>	门诊：不收费 住院：每次入院每天 \$100，最高 \$500，不收费	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：不收费 住院：每次入院每天	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</u>

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 (您将支付最少的费用)	非网络内服务提供者 (您将支付最多的费用)	
		\$100, 最高 \$500, 不收费		权, 否则不能获得承保。
	<a href="#">专业护理</a>	不收费	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>	不承保	以 <u>处方指南</u> 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	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	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 <u>免赔额</u>	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:

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"> <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>
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"> <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.cciio.cms.gov">www.cciio.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, 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>	\$0
■ <a href="#">专科医生共付额</a>	\$15
■ <a href="#">医院（设施）共付额</a>	\$100
■ <a href="#">其他（验血）共同保险</a>	\$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)

<b>范例总计费用</b>	<b>\$12,700</b>
---------------	-----------------

**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>	\$0
<a href="#">共付款</a>	\$200
<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	\$20
<b>Peg 将支付的总计费用为</b>	<b>\$220</b>

**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>	\$0
■ <a href="#">专科医生共付额</a>	\$15
■ <a href="#">医院（设施）共付额</a>	\$100
■ <a href="#">其他（验血）共同保险</a>	\$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)

<b>范例总计费用</b>	<b>\$5,600</b>
---------------	----------------

**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>	\$0
<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
<b>Joe 将支付的总计费用为</b>	<b>\$600</b>

**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>	\$0
■ <a href="#">专科医生共付额</a>	\$15
■ <a href="#">医院（设施）共付额</a>	\$100
■ <a href="#">其他（X 光照射）共同保险</a>	\$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)

<b>范例总计费用</b>	<b>\$2,800</b>
---------------	----------------

**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>	\$0
<a href="#">共付款</a>	\$400
<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
<b>Mia 将支付的总计费用为</b>	<b>\$700</b>

本项计划将对以下范例承保服务的其他费用负责。