

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



本福利与承保摘要 (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 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 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：
总<u>免赔额</u>是什么？	网络内：\$0 网络外服务提供者：个人 \$500 / 家庭 \$1,000	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 <u>免赔额</u> 。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个人 <u>免赔额</u> ，直至所有家庭成员支付的 <u>免赔额</u> 费用总额达到总家庭 <u>免赔额</u> 。
在您达到<u>免赔额</u>之前是否有承保服务？	是。第 2 页起表格所示的 <u>预防性护理</u> 和服务。	即使在您尚未达到 <u>免赔额</u> 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 <u>预防类服务</u> 且无需 <u>分摊费用</u> ，并且是在您达到 <u>免赔额</u> 之前。请在网站 www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits 上查看承保的 <u>预防性服务</u> 列表。
具体服务是否有其他<u>免赔额</u>？	没有。	您不必为具体服务而达到 <u>免赔额</u> 。
本项计划的<u>自付额上限</u>是什么？	网络内服务提供者：个人 \$1,200 / 家庭 \$2,400 网络内外共用	<u>自付额上限</u> 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 <u>自付额</u> 上限，直至达到总家庭 <u>自付额</u> 上限。
哪些费用不包括在<u>自付额上限</u>内？	<u>保费</u> ， <u>余额收费</u> ，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 <u>自付额</u> 上限。
如果使用<u>网络服务提供者</u>，您是否会支付较少的费用？	是。请查阅网站 www.kp.org ，或电洽 1-888-901-4636 (TTY: 711)，索取 <u>网络服务提供者</u> 名单。	本项计划使用服务提供者网络。如果使用计划网络内的服务提供者，您会支付较少的费用。如果使用 <u>网络外服务提供者</u> ，则您将支付的费用最高，而且您可能还会收到来自 <u>服务提供者</u> 的账单，支付服务提供者收取的费用与您 <u>计划</u> 支付的费用之间的差额（ <u>余额收费</u> ）。请注意，您的网络服务提供者可能会为某些服务（如实验室项目）使用 <u>网络外服务提供者</u> 。在您接受服务之前，请与您的服务提供者联系。
您看<u>专科医生</u>是否需要转诊？	是的，但您可以自行转诊至某些 <u>专科医生</u> 处。	只有在您看 <u>专科医生</u> 之前接受 <u>转诊</u> ，本项计划才会为承保服务支付部分或全部 <u>专科医生</u> 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
		网络内服务提供者支付的费用 (您将支付最少的费用)	网络外服务提供者支付的费用 (您将支付最多的费用)	
如果在健康护理服务提供者的诊所或门诊就诊	治疗受伤或疾病的初级护理就诊	不收费	\$15 / 每次就诊, 20% 共同保险	无
	专科医生 门诊	\$15 / 每次就诊	\$15 / 每次就诊, 20% 共同保险	无
	预防性护理/筛检/ 免疫接种	不收费	20% 共同保险 , 不适用 免赔额 。	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 计划 可支付费用项目。
如果您接受测试	诊断测试 (X 光照射、验血)	不收费	20% 共同保险	无
	成像 (CT/PET 扫描、MRI)	不收费	20% 共同保险	要求获得 事先授权 , 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 www.kp.org/formulary 查阅有关 处方药承保 的更多信息。	价值基础药物	\$4 (零售);	\$13 (零售), 不适用 免赔额 。	最多承保 30 天的药量 (零售); 最多承保 90 天的药量 (邮购)。以 处方指南 为准。对避孕药物和装置不承保。
	首选通用药	\$8 (零售) 每张处方零售费用分摊 (邮购) 优惠 \$5		
	首选品牌药	\$25 (零售); 每张处方零售费用分摊 (邮购) 优惠 \$5	\$30 (零售), 不适用 免赔额 。	最多承保 30 天的药量 (零售); 最多承保 90 天的药量 (邮购)。以 处方指南 为准。对避孕药物和装置不承保。
	非首选药物	\$50 (零售); 每张处方零售费用分摊 (邮购) 优惠 \$5	\$55 (零售), 不适用 免赔额 。	最多承保 30 天的药量 (零售); 最多承保 90 天的药量 (邮购)。以 处方指南 为准。对避孕药物和装置不承保。
	特殊药品	适用的首选通用名、首选品牌或适用非首选费用分摊。	适用的首选通用名、首选品牌或适用非首选费用分摊。	最多承保 30 天的药量 (零售)。通过例外情况程序审批时, 以 处方指南 为准。
如果您接受门诊手	设施费 (例如: 门诊外科	\$50 / 每次就诊, 不收费	\$50 / 每次就诊, 20% 共	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
		网络内服务提供者支付的费用 (您将支付最少的费用)	网络外服务提供者支付的费用 (您将支付最多的费用)	
术	手术中心)		同保险	
	医生/外科医生费用	不收费	20% 共同保险	网络内：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	急诊室护理	\$200 / 每次就诊	\$200 / 每次就诊，不适用免赔额。	如果在网络外服务提供者住院，您必须在 24 小时内通知 Kaiser Permanente；只限于初次急诊。如果以住院患者身份入院，则免收共付款。
	急诊医疗交通服务	20% 共同保险	20% 共同保险，不适用免赔额。	无
	紧急护理	不收费	\$15 / 每次就诊，20% 共同保险	无
如果您住院	设施费（例如，医院病房）	每次入院每天 \$100，最高 \$500	每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险	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	20% 共同保险	要求获得 <u>事先授权</u> ，否则不能获得承保。 网络内：医生/外科医生费用包含在设施费之中。
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	\$15 / 每次就诊，20% 共同保险	无
	住院服务	每次入院每天 \$100，最高 \$500	每次入院每天 \$100，最高 \$500，20% 共同保险	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	\$15 / 每次就诊，20% 共同保险	根据服务类型，可能适用 <u>共付额</u> ， <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	20% 共同保险	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 <u>费用分摊</u> 与母亲的费用分摊分开计算。网络内：医生/外

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
		网络内服务提供者支付的费用 (您将支付最少的费用)	网络外服务提供者支付的费用 (您将支付最多的费用)	
				科医生费用包含在设施费之中。
	分娩设施服务	每次入院每天 \$100, 最高 \$500	每次入院每天 \$100, 最高 \$500, 20% 共同保险	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	家庭健康护理	不收费	20% 共同保险	要求获得事先授权, 否则不能获得承保。
	康复服务	门诊: 不收费 住院: 每次入院每天 \$100, 最高 \$500	门诊: \$15 / 每次就诊, 20% 共同保险 住院: 每次入院每天 \$100, 最高 \$500, 20% 共同保险	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, 要求获得事先授权, 否则不能获得承保。与网络内外服务提供者网络合并计算限制天数。
	伤残人士复健服务	门诊: 不收费 住院: 每次入院每天 \$100, 最高 \$500	门诊: \$15 / 每次就诊, 20% 共同保险 住院: 每次入院每天 \$100, 最高 \$500, 20% 共同保险	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, 要求获得事先授权, 否则不能获得承保。与网络内外服务提供者网络合并计算限制天数。
	专业护理	不收费	20% 共同保险	60- 天数限制 / 年。与网络内外服务提供者网络合并计算限制天数。要求获得事先授权, 否则不能获得承保。
	耐用医疗设备	50% 共同保险	50% 共同保险	以处方指南为准。要求获得事先授权, 否则不能获得承保。
	临终关怀服务	不收费	20% 共同保险	要求获得事先授权, 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。	\$15 / 每次就诊, 20% 共同保险	每 12 个月仅限一次检查
	孩子的眼镜	不收费	网络内共用	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% 共同保险 为隐形镜片提供承保

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
		网络内服务提供者支付的费用 (您将支付最少的费用)	网络外服务提供者支付的费用 (您将支付最多的费用)	
	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。）		
• 整容手术 • 牙科护理（成人和儿童） • 助听器	• 长期护理 • 在美国境外旅行时非紧急护理 • 专人护理	• 例行足部护理 • 减体重计划
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。）		
• 针灸（每年就诊次数限制 20 次） • 肥胖症治疗手术	• 脊椎按摩疗法（每年就诊次数限制 20 次） • 不孕症治疗（医疗限额 \$50,000；终身药物限额 \$35,000）	• 例行眼科护理（成人）

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，包括通过健康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 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 www.kp.org
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 www.dol.gov/ebsa/healthreform
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 www.cciio.cms.gov 。
华盛顿州保险部门 (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 或 www.insurance.wa.gov

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：

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)

■ 计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生 共付额	\$15
■ 医院（设施） 共付额	\$100
■ 其他（验血） 共付额	\$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*）

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>	
免赔额	\$0
共付款	\$100
共同保险	\$0
<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	\$120

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)

■ 计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生 共付额	0%
■ 医院（设施） 共付额	\$100
■ 其他（验血） 共付额	\$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*）

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>	
免赔额	\$0
共付款	\$600
共同保险	\$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	\$600

Mia 的单纯性骨折

(网络内急诊就诊及后续护理)

■ 计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生 共付额	0%
■ 医院（设施） 共付额	\$100
■ 其他（X 射线） 共付额	\$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*）

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>	
免赔额	\$0
共付款	\$200
共同保险	\$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	\$500

本项[计划](#)将对以下范例承保服务的其他费用负责。