

福利和承保范围摘要：本计划承保的内容，以及您需要为承保服务支付的费用

承保期间：2023 年 8 月 1 日 - 2024 年 7 月 31 日

 KAISER PERMANENTE® : SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust – Core Plan-R

承保对象：个人/家庭 | 计划类型：EPO

所有计划皆由 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 提供和承保



《福利和承保范围摘要》(Summary of Benefits and Coverage, SBC) 文件将能够帮助您选择健康计划。在 SBC 中，您可以看到您和本计划将如何分担承保健康护理服务的费用。注：关于本计划费用（称为保费）的信息将另行提供。

本文件仅为摘要。如需了解关于您的保险的更多信息，或者获取完整保险条款的副本，请浏览 www.kp.org/plandocuments 或致电 1-800-813-2000 (TTY: 711)。关于常见术语的一般定义，例如允许额、余额账单、共同保险、共付额、免赔额、供应商或其他加下划线的术语，请参见术语表。您可以在 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 上查看术语表，或致电 1-800-813-2000 (TTY: 711) 索取一份副本。

重要问题	解答	为何重要：
总免赔额是多少？	\$0	有关本计划所承保服务的费用，请参见下面的《常见医疗事件》表。
在达到您的免赔额之前，这些服务是否在承保范围内？	不适用。	即便您尚未达到免赔额，本计划仍承保部分项目和服务。但共付额或共同保险可能适用。例如，本计划承保特定的预防性服务，无需费用分担，且可在您达到免赔额之前承保。您可以在以下网站上查看承保预防性服务的列表： https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
是否有其他针对特定服务的免赔额？	否。	特定服务不必达到免赔额。
本计划的自付限额是多少？	\$1,250 个人/\$2,500 家庭	自付限额是您在一个年度内可能为承保服务支付的最大金额。如果本计划内包括您的其他家庭成员，他们必须达到他们各自的自付限额，直到达到总的家庭自付限额为止。
自付限额中不包括什么？	保费、本计划不承保的健康护理，以及从第 2 页开始的图表中提及的服务。	即便您支付了这些费用，它们也不会计入自付限额。
如果您使用网络内供应商，支付的费用是否会少一些？	是的。访问 www.kp.org 或致电 1-800-813-2000 (TTY:711) 获取参与供应商的列表。	本计划使用一个供应商网络。如果您使用本计划网络内的供应商，则您支付的费用会少一些。如果您使用网络外供应商，则您支付的费用最多，且如果供应商的收费与您的计划支付的费用之间有差额，您还会收到来自供应商的账单（余额账单）。请知悉，您的网络内供应商可能使用网络外供应商来提供部分服务（例如化验）。在获取服务之前先向您的供应商确认。
您是否需要转介才能看专科医生？	是，但是您可以自我转介至特定的专科医生。	本计划将为在专科医生处接受的承保服务支付部分或全部费用，但前提是您应在看专科医生之前获得转介。

 本图表中所示的所有[共付额](#)和[共同保险](#)费用均适用于达到您的[免赔额](#)之后（如果[免赔额](#)适用）。

常见 医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		优选供应商 (您支付的金额最少)	非参与供应商 (您支付的金额最多)	
前往健康护理 供应商 的诊室或 诊所就诊	治疗受伤或疾病的初级护理 就诊	免费	不承保	无
	看 专科医生	每次就诊 \$15	不承保	无
	预防性护理/筛查/ 免疫接种	免费	不承保	您可能需要为并非预防性的服务支付 费用。向您的 供应商 咨询所需的服务 是否为预防性。然后确认您的 计划 所 支付的费用。
接受检查	诊断性检查 (X光、验血)	X光：免费 检验：免费	不承保	无
	成像 (CT/PET、MRI)	每次就诊 \$50	不承保	部分服务可能需要预先授权。
需要药物来治病 关于 处方药承保 的更多信息可在 www.kp.org/formulary 上获取	通用药	\$5 (零售) ; \$10 (邮购) /处方	不承保	最多 30 天的药量 (零售) ; 最多 90 天 的药量 (邮购)。按 处方集 准则处理。
	首选品牌药	\$25 (零售) ; \$50 (邮购) /处方	不承保	最多 30 天的药量 (零售) ; 最多 90 天 的药量 (邮购)。按 处方集 准则处理。
	非首选品牌药	\$50 (零售) ; \$100 (邮购) /处方	不承保	最多 30 天的药量 (零售) ; 最多 90 天的药量 (邮购)。按 处方集 准则处 理, 前提是例外流程获得批准。
	专科药物	适用的通用药、首选品 牌药、非首选品牌药费 用需要分担。	不承保	最多 30 天的药量 (零售)。按 处方集 准则处理, 前提是例外流程获得批准。
接受门诊手术	设施费用 (如门诊手术中心)	每次就诊 \$50	不承保	需要预先授权。
	医生/外科医生费用	包含在设施费用中	不承保	需要预先授权。

常见 医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		优选供应商 (您支付的金额最少)	非参与供应商 (您支付的金额最多)	
需要立即医疗处理	急诊室护理	每次就诊 \$200	每次就诊 \$200	如果直接住院，则免收 共付额 。
	急诊医疗运送	每次 \$75	每次 \$75	无
	紧急护理	每次就诊 \$30	每次就诊 \$30	当临时位于服务区域之外时，从非参与 供应商 处获得的服务可获得承保。
住院	设施费用（如医院病房）	每次住院 \$100	不承保	需要预先授权。
	医生/外科医生费用	免费	不承保	医生/外科医生费用包含在设施费用中。
需要心理健康、 行为健康或物质 滥用服务	门诊服务	免费	不承保	无
	住院服务	每次住院 \$100	不承保	需要预先授权。
怀孕	诊室就诊	免费	不承保	根据服务的类型， 共付额 、 共同保险 或 免赔额 可能适用。产妇护理可能包括本 SBC 其他章节所描述的检查和服务（如超声波）。
	生产/分娩专业服务	免费	不承保	专业服务包含在设施费用中。
	生产/分娩设施服务	每次住院 \$100	不承保	无
需要帮助恢复或 者有其他特殊健 康需求	居家健康护理	免费	不承保	每年 130 次就诊限制。需要预先授权。
	康复服务	门诊：每次就诊 \$15 住院：每次住院 \$100	不承保	门诊：每年每疗程 20 次就诊限制。 需要预先授权。 住院：需要预先授权。
	儿科康复服务	每次就诊 \$15	不承保	每年每疗程 20 次就诊限制。需要预先授权。
	专业护理	免费	不承保	每年 100 天限制。需要预先授权。
	耐用医疗设备	20% 共同保险	不承保	按 处方集 准则处理。需要预先授权。
	善终服务	免费	不承保	需要预先授权。

常见 医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		优选供应商 (您支付的金额最少)	非参与供应商 (您支付的金额最多)	
孩子需要牙科或 眼科护理	儿童眼科检查	屈光检查免费	不承保	无
	儿童眼镜	免费	不承保	限制为每 12 个月一对镜架和镜片或 隐形眼镜。
	儿童牙科检查	不承保	不承保	无

不承保服务和其他承保服务

您的[计划](#)通常不承保的服务（查看您的保单或[计划](#)文件以获取更多信息以及任何其他[不承保服务](#)的列表）。

- 整形手术
- 牙科护理（成人与儿童）
- 助听器
- 长期护理
- 在美国以外旅行时的非急诊护理
- 私人护理
- 常规足部护理
- 减重项目

其他承保服务（限制可能适用于这些服务。这并非完整的列表。请参见您的[计划](#)文件。）

- 针灸（每年 20 次就诊限制）
- 脊椎护理（每年 20 次就诊限制）
- 常规眼科护理（成人）
- 减肥手术

您继续获得承保的权利：如果您希望在您的保险期结束之后继续获得承保，有一些机构能够为您提供帮助。这些机构的联系信息显示在下方的图表中。您可能还拥有其他保险选项，包括通过健康保险 [Marketplace](#) 购买个人保险。如需了解关于 [Marketplace](#) 的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596。

您的申诉和上诉权利：如果您希望就[索赔](#)遭拒而关于您的[计划](#)提出投诉，有一些机构能够为您提供帮助。该等投诉称为[申诉](#)或[上诉](#)。如需了解关于您的权利的更多信息，请查阅您将收到的与该医疗[索赔](#)相关福利的说明。您的[计划](#)文件还提供关于出于任何原因向您的[计划](#)提交[索赔](#)、[上诉](#)或[申诉](#)的完整信息。如需获取关于您的权利、本声明或者相关协助的更多信息，请联系下方图表中的机构。

关于您继续获得承保的权利和您的申诉和上诉权利的联系信息：

Kaiser Permanente 会员服务部	1-800-813-2000 (TTY: 711) 或 www.kp.org/memberservices
劳工部员工福利安全管理局	1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform
卫生与公众服务部消费者信息与保险监督中心	1-877-267-2323 转 61565 或 www.cciio.cms.gov
俄勒冈州金融监管局	1-888-877-4894 或 www.dfr.oregon.gov
华盛顿州保险部	1-800-562-6900 或 www.insurance.wa.gov

本计划是否提供最低基本健保范围？是

[最低基本健保范围](#)通常包括[计划](#)、通过 [Marketplace](#) 提供的[健康保险](#)或其他个人市场保单、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他承保范围。如果您符合某些类型的[最低基本健保范围](#)，您可能不符合[保费税项抵免](#)资格。

本计划是否符合最小金额标准？是

如果您的[计划](#)不符合[最小金额标准](#)，则您可能符合[保费税项抵免](#)的资格，以帮助您为通过 [Marketplace](#) 获得的[计划](#)支付费用。

语言咨询服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)。

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

如需[查了解计划](#)如何承保示例医疗场景费用，请查看下一节。

关于这些承保示例：



这并非一个费用估算工具。所示的治疗仅为本计划可能如何承保医疗护理的示例。您的实际费用可能不同，具体将取决于您接受的实际护理，您的[供应商](#)收取的费用，以及许多其他因素。重点在于计划项下的[费用分担](#)金额（[免赔额](#)、[共付额](#)和[共同保险](#)）以及[除外服务](#)。使用本信息来对比您在不同的健康计划项下所可能需要支付的费用部分。请注意，这些承保示例仅限于自身投保。

Peg 要生孩子

（9 个月的网络内产前护理和医院分娩）

■ 本计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共同保险	\$100
■ 其他（验血）共付额	\$0

本示例事件包括诸如以下服务：

[专科医生](#)诊室就诊（[产前护理](#)）
生产/分娩专业服务
生产/分娩设施服务
[诊断性检查](#)（[超声波和验血](#)）
[专科医生](#)就诊（[麻醉](#)）

示例总费用	\$12,700
-------	----------

在此示例中，Peg 将支付：

费用分担	
免赔额	\$0
共付额	\$100
共同保险	\$0
不承保的费用	
限制或除外	\$60
Peg 将支付的总额为	\$160

管理 Joe 的 2 型糖尿病

（为期一年的针对控制良好病症的常规网络内护理）

■ 本计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共同保险	\$100
■ 其他（验血）共付额	\$0

本示例事件包括诸如以下服务：

[初级护理医生](#)诊室就诊（[包括疾病教育](#)）
[诊断性检查](#)（[验血](#)）
[处方药](#)
[耐用医疗设备](#)（[血糖仪](#)）

示例总费用	\$5,600
-------	---------

在此示例中，Joe 将支付：

费用分担	
免赔额	\$0
共付额	\$500
共同保险	\$10
不承保的费用	
限制或除外	\$0
Joe 将支付的总额为	\$510

Mia 的单纯性骨折

（网络内急诊室就诊和随访护理）

■ 本计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共同保险	\$100
■ 其他（X 光）共付额	\$0

本示例事件包括诸如以下服务：

[急诊室护理](#)（[包括医疗用品](#)）
[诊断性检查](#)（[X 光](#)）
[耐用医疗设备](#)（[拐杖](#)）
[康复服务](#)（[物理治疗](#)）

示例总费用	\$2,800
-------	---------

在此示例中，Mia 将支付：

费用分担	
免赔额	\$0
共付额	\$400
共同保险	\$50
不承保的费用	
限制或除外	\$0
Mia 将支付的总额为	\$450

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call 1-800-813-2000 (TTY: 711)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Member Relations, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-813-2000 (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-813-2000 (TTY: 711)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-813-2000 (TTY: 711)፡

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-813-2000 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر یہ زبان فارسی گفتگو می کنید،
تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
یا 1-800-813-2000 (TTY: 711) تماس بگیریں۔

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: 1-800-813-2000 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-813-2000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចម្ចាស់សិទ្ធិបំប៉នឱ្យអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-800-813-2000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) Dii baa akó ninizin: Dii saad bee yánilti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anida'áwo'déé', t'áá jüik'eh, éi ná hóló, kóji' hódíilnih 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama.
Bilbilaa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1-800-813-2000 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-813-2000 (TTY: 711).