

Kaiser Permanente 2018樣本費率表*

北加州

什麼是樣本費率表？

樣本費率表是我們提供的許多資源之一，可幫助您更好地瞭解與管理您的醫療保健成本。本表顯示了Kaiser Permanente會員就某些專業服務將被收取的估計金額。[†]但其不包括醫院服務、設施費或其他服務的費用。

在查看本表時，請注意，實際收取的費用可能會有所不同，具體取決於您獲得的醫護服務、您就診的設施類型、您的計劃細節以及您是否已達到免賠額。部分服務可能會引致其他服務，而相關服務將會收取額外費用。例如，在聽力評估檢查中，醫生可能開單讓您清理耳垢。

如何使用本表？

本樣本費率表能夠幫助您：

- 在開放入保期選擇適合的Kaiser Permanente deductible HMO計劃。
- 估算您在達到免賠額之前需要支付的服務費用
- 確定可能是預防性護理服務的服務，這些服務可能為免費或共付額承保（如需完整列表，請造訪kp.org/prevention）
- 依據您期望獲得的服務，估算與您的計劃相關聯的任何彈性支出帳戶 (Flexible Spending Account, FSA) 或健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA) 的供款數目。

我達到免賠額後會發生什麼？

作為deductible HMO的會員，在您達到稱為免賠額的固定金額之前，需要支付承保服務的全額費用。之後您所需繳交的費用開始減少—在當年的剩餘時間裡，您需要支付相當於共付額或費用一定百分比的共保額。根據您的計劃，您可能在無需達到免賠額的情況下為某些服務支付共付額或共保額。

這意味著對於許多服務，您將在達到免賠額後，支付少於樣本費率表上顯示的估計費用。下面是一些例子：

服務	估算費用	您在達到免賠額之前支付的金額	您在達到免賠額之後支付的金額
膝蓋X光檢查	\$103	全額收費 — \$103	共付額或共保險——例如，\$10或估計費用的20%
骨盆超音波檢查	\$374	全額收費 — \$374	共付額或共保險——例如，\$20或估計費用的30%
皮膚切片化驗	\$285	全額收費 — \$285	共付額或共保險——例如，\$25或估計費用的40%

您是kp.org的註冊會員嗎？您可以在線獲取超過500種醫療服務的個性化成本估算。立即造訪kp.org/costestimates。

有問題嗎？

如您需詳細資訊或對表中未列出的服務有疑問，請撥Kaiser Permanente會員卡上的電話號碼。

*本樣本費率表的預計收費從2018年1月1日生效，若有變更，恕不另行通知。本表只適用於從Kaiser Permanente設施獲得醫療服務的會員。

[†]專業服務通常在診所大樓提供，包括醫生診室就診、實驗室測試和X光檢查。其中還可能包括在醫院提供的醫生相關服務。如果您的健康福利是由您的僱主、工會或保健計劃資助人自籌保險，Kaiser Permanente Insurance Company為計劃提供某些行政管理服務，並非計劃的承保人或對計劃的醫療護理賠償負有財務上的責任。

服務	估算費用
門診	
新病人就診，第1級（嚴重性低）*	\$75
新病人就診，第2級*	\$125
新病人就診，第3級*	\$180
新病人就診，第4級*	\$270
新病人就診，第5級（嚴重性高）*	\$340
現有病人就診，第1級（嚴重性低）*	\$35
現有病人就診，第2級*	\$75
現有病人就診，第3級*	\$125
現有病人就診，第4級*	\$180
現有病人就診，第5級（嚴重性高）*	\$240
嬰兒健康門診，新病人（1歲以下）*	\$190
兒童健康門診，新病人（1-4歲）*	\$200
兒童健康門診，新病人（5-11歲）*	\$210
兒童健康門診，新病人（12-17歲）*	\$230
成人健康門診，新病人（18-39歲）*	\$225
成人健康門診，新病人（40-64歲）*	\$260
成人健康門診，新病人（65歲及以上）*	\$285
嬰兒健康門診，現有病人（1歲以下）*	\$170
兒童健康門診，現有病人（1-4歲）*	\$185
兒童健康門診，現有病人（5-11歲）*	\$180
兒童健康門診，現有病人（12-17歲）*	\$200
成人健康門診，現有病人（18-39歲）*	\$205
成人健康門診，現有病人（40-64歲）*	\$215
成人健康門診，現有病人（65歲及以上）*	\$235
急診	
醫生急診護理，第1級（嚴重性低）	\$145
醫生急診護理，第2級	\$215
醫生急診護理，第3級	\$325
醫生急診護理，第4級（嚴重性高）	\$490

*根據您的計劃，這些服務可能是預防性服務，可獲承保，無需付費或只需繳付共付額。
如需更多資訊，請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 或 Summary Plan Description (計劃說明摘要)。

這些預估的收費將從2018年1月1日生效，如有變更，恕不另行通知。

表中所列的費率僅是您接受專科服務所可能支付的費用，不含設施費用或其他服務費用。

服務	估算費用
心理治療就診	
團體心理治療	\$50
治療	\$166
眼科檢查	
眼科檢查，例行就診，新病人*	\$158
眼科檢查和治療，新病人	\$286
眼科檢查，例行就診，現有病人*	\$166
眼科檢查和治療，現有病人	\$239
視力篩檢測試*	\$7
聽力服務	
全面聽力評估	\$83
清潔耳朵	\$131
耳鼓測試	\$30
聽力篩檢測試（純音，只限空氣）*	\$29
物理治療服務	
電刺激治療，只限治療	\$36
物理治療評估*	\$180
物理治療，冷熱敷，只限治療	\$13
物理治療，超音波，只限治療	\$28
物理治療運動，只限治療	\$70
疫苗和其他注射	
過敏注射	\$21
水痘疫苗*	\$184
白喉、破傷風加強疫苗*	\$51
白喉、破傷風、百日咳疫苗*	\$63
兒童流感預防注射（3歲及以上）*	\$39
嬰兒流感預防注射*	\$39
成人流感預防注射（18至64歲）*	\$40
B型肝炎疫苗*	\$124
麻疹、腮腺炎和德國麻疹疫苗*	\$125
小兒麻痺症疫苗*	\$71
（續）	

*根據您的計劃，這些服務可能是預防性服務，可獲承保，無需付費或只需繳付共付額。如需更多資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估的收費將從2018年1月1日生效，如有變更，恕不另行通知。

表中所列的費率僅是您接受專科服務所可能支付的費用，不含設施費用或其他服務費用。

服務	估算費用
疫苗和其他注射 (續)	
治療性、預防性或診斷性注射 (只限注射, 不包括藥物) *	\$59
治療性、預防性或診斷性動脈內注射 (只限注射, 不包括藥物) *	\$44
測試與程序	
肺活量測試	\$84
呼吸治療	\$44
結腸鏡檢查以及使用燒灼摘除異常組織*	\$1,225
結腸鏡檢查以及使用圈套技術摘除異常組織*	\$1,149
結腸鏡檢查以及摘除結腸組織做檢查*	\$1,110
診斷性結腸鏡檢查	\$855
診斷性直腸乙狀結腸鏡檢查	\$344
診斷性乙狀結腸鏡檢查	\$472
從腫脹關節引流液體	\$159
心電圖 (Electrocardiogram, EKG)	\$38
胎兒監視*	\$127
摘除異常的皮膚部位	\$15
乙狀結腸鏡檢查以及摘除組織做檢查*	\$728
皮膚切片檢驗	\$285
壓力測試	\$175
以手術破壞異常的皮膚部位	\$182
心臟超音波測試	\$303
X光檢查、電腦斷層 (Computerized Tomography, CT) 掃描及其他造影研究	
胸部CT掃描, 使用染色劑	\$940
骨盆CT掃描, 使用染色劑	\$926
骨盆CT掃描, 不使用染色劑	\$591
鼻竇與鼻腔CT掃描	\$780
胃部CT掃描, 使用染色劑	\$945
胃部CT掃描, 不使用染色劑	\$603
診斷性乳房X光檢查 (雙圖)	\$569
診斷性乳房X光檢查 (單圖)	\$448
乳房X光檢查 (篩檢) *	\$461
懷孕超音波檢查	\$481

(續)

*根據您的計劃, 這些服務可能是預防性服務, 可獲承保, 無需付費或只需繳付共付額。
如需更多資訊, 請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估的收費將從2018年1月1日生效, 如有變更, 恕不另行通知。

表中所列的費率僅是您接受專科服務所可能支付的費用, 不含設施費用或其他服務費用。

服務	估算費用
X光檢查、CT掃描及其他造影研究 (續)	
頭部或腦部CT掃描審查	\$470
骨盆超音波檢查	\$374
胃部超音波檢查	\$413
陰道超音波檢查	\$416
骨質疏鬆X光檢查	\$140
腳踝X光檢查	\$100
腳踝X光檢查 (全面)	\$106
雙膝X光檢查	\$121
胸部X光檢查 (雙圖)	\$102
胸部X光檢查 (單圖)	\$65
手指X光檢查	\$107
足部X光檢查	\$87
足部X光檢查 (全面)	\$97
手部X光檢查	\$87
手部X光檢查 (全面)	\$103
膝蓋X光檢查	\$103
膝蓋X光檢查 (全面)	\$133
腰骨X光檢查	\$117
頸部X光檢查	\$151
頸椎骨X光檢查	\$110
肩部X光檢查	\$97
胃部X光檢查 (全面)	\$148
胃部X光檢查 (單圖)	\$91
手腕X光檢查 (全面)	\$119
手腕X光檢查 (雙圖)	\$97
化驗	
白蛋白測試	\$15
鹼性磷酸酶測試	\$16
過敏測試	\$16
谷丙轉氨酶 (Alanine Aminotransferase, ALT) 測試	\$16
澱粉酶測試	\$19
天冬氨酸氨基轉移酶 (Aspartate Aminotransferase, AST) 測試	\$16
膽紅素測試 (總數)	\$15
血液抗體測試	\$13
	(續)

這些預估的收費將從2018年1月1日生效，如有變更，恕不另行通知。

表中所列的費率僅是您接受專科服務所可能支付的費用，不含設施費用或其他服務費用。

服務	估算費用
化驗 (續)	
凝血測試	\$12
血糖測試, 診斷性	\$12
血糖測試, 監測性*	\$29
鈣質測試 (總數)	\$16
膽固醇含量測試	\$13
全血球計數	\$23
肌酸酐測試	\$15
B型肝炎表面抗原測試*	\$31
C型肝炎測試*	\$43
腎功能測試	\$12
肌酸激酶實驗室化學測試	\$20
脂質測試*	\$40
鎂測試	\$20
子宮頸抹片檢查, 子宮頸癌篩檢*	\$32
磷測試	\$14
鉀測試	\$14
懷孕測試	\$23
前列腺測試*	\$55
鈉測試*	\$14
甲型鏈球菌拭子測試	\$60
大便潛血測試*	\$10
促甲狀腺激素測試	\$50
尿液細菌菌落數*	\$24
尿液測試 (全面)	\$10
尿液測試 (只限試紙)	\$7
尿液測試 (只限微量分析)	\$9

*根據您的計劃, 這些服務可能是預防性服務, 可獲承保, 無需付費或只需繳付共付額。
如需更多資訊, 請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估的收費將從2018年1月1日生效, 如有變更, 恕不另行通知。

表中所列的費率僅是您接受專科服務所可能支付的費用, 不含設施費用或其他服務費用。

Kaiser Permanente禁止以年齡、種族、族裔、膚色、原國籍、文化背景、血統、宗教、性別、性別認同、性別表達方式、性取向、婚姻狀況、生理或心理殘障、支付來源、遺傳資訊、公民身份、主要語言或移民身份為由而對任何人進行歧視。

計劃成員服務聯絡中心提供語言協助服務；每週七天**24**小時晝夜服務（法定節假日除外）。本機構在全部辦公時間內免費為您提供口譯服務，其中包括手語。我們還可為您、您的親屬和朋友提供任何必要的特別補助，以便您使用本機構的設施與服務。此外，您還可請求以您的語言提供健康保險計劃資料之譯本，並可請求採用大號字體或其他版本格式提供此類資料的譯本，藉以滿足您的需求。若需詳細資訊，請致電**1-800-757-7585**（TTY專線使用者請撥**711**）。

冤情申訴係指您或您的授權代表透過冤情申訴程序所表達的不滿陳訴。申訴冤情包括投訴或上訴。例如，如果您認為自己受到本機構的歧視，則可提出冤情申訴。若需瞭解可供您選擇的適用爭議解決方案，請參閱您的《承保範圍說明書》（*Evidence of Coverage*）或《保險證明書》（*Certificate of Insurance*），或者與計劃成員服務代表交談。對於Medicare、MediCal、MRMIP、MediCal Access、FEHBP或CalPERS計劃成員，這尤其重要；原因在於，為這些成員提供的爭議解決方案選擇有所不同。

您可透過以下方式提出冤情申訴：

- 於設在本計劃服務設施的某個計劃成員服務處填妥一份《投訴或保險福利索償/請書》（請參閱您的《通訊地址指南冊》，以便查找相關地址）
- 將您的冤情申訴書郵寄至設在本計劃服務設施的某個計劃成員服務處（請參閱您的《通訊地址指南冊》，以便查找相關地址）
- 免費致電本機構的計劃成員服務聯絡中心，電話號碼是**1-800-757-7585**（TTY專線使用者請撥**711**）
- 在本機構的網站上填妥一份冤情申訴書，網址是**kp.org**

如果您在提交冤情申訴書的過程中需要協助，請致電本機構的計劃成員服務聯絡中心。

涉及種族、膚色、原國籍、性別、年齡或身體殘障歧視的一切冤情申訴都將通告給**Kaiser Permanente**的民權事務協調員（Civil Rights Coordinator）。您也可與**Kaiser Permanente**的民權事務協調員直接聯絡；聯絡地址是 One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612。

您還可以採用電子方式透過民權辦公處（Office for Civil Rights）的投訴入口網站（Civil Rights Complaint Portal）向美國衛生與公共服務部民權辦公處（U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights）提出民權投訴，網址是^{ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf}；或者按照如下聯絡資訊採用郵寄或電話方式聯絡：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697（TDD專線）。可從網站上下載投訴書，網址是 ^{www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html}。