

Kaiser Permanente 2024年收費示例表¹

什麼是收費示例表？

收費示例表列出了您可能需為某些服務支付的預估金額，因此可協助您瞭解您的健康護理費用。² 請注意，本表並未包含醫院服務的費用，且您最終需支付的費用可能會根據您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額而異。

我該如何使用這份示例表？

本收費示例表可協助您：

- 在開放入保期選擇適合的Kaiser Permanente設定免賠額的HMO計劃
- 估算您在達到免賠額之前需要支付的服務費用
- 了解有哪些預防保健服務，大多數預防保健服務均可獲得免費承保（如需完整列表，請瀏覽kp.org/prevention [英文]）
- 根據您預期要接受的醫護服務估算應給與自己計劃關聯的彈性支出帳戶 (FSA) 或健康儲蓄帳戶 (HSA) 劃撥多少金額

我達到免賠額後將怎樣支付費用？

在您達到規定金額（稱為免賠額）之前，您通常需為承保服務支付全額費用。之後您所需支付的費用便會開始減少；在該年度的剩餘時間裡，您只需支付共付額或費用當中的一定百分比（稱為共保額）。（根據您的計劃，您可能可在沒有達到免賠額的情況下為某些服務支付共付額或共保額。）

換而言之，在您達到免賠額之後，您需為某些服務支付的金額可能會少於收費示例表上所顯示的預估費用。以下是一些例子：

服務	預估費用	您在達到免賠額之前需支付的金額	您在達到免賠額之後需支付的金額
雙膝X光檢查	\$110	全額費用：\$110	共付額或共保額 (如\$10或預估費用的20%)
骨盆超音波	\$290	全額費用：\$290	共付額或共保額 (如\$20或預估費用的30%)
壓力測試	\$244	全額費用：\$244	共付額或共保額 (如\$25或預估費用的40%)

有疑問嗎？

如果您想獲得進一步資訊或對表中未列出的某項服務有疑問，請致電您Kaiser Permanente會員卡上的電話號碼。

1. 本收費示例表的預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能有變更，恕不另行通知。本收費示例表只適用於透過Kaiser Permanente設施獲得醫療服務的會員。2. 專業服務通常在診所提供，包括醫生診所就診、化驗和X光檢查。其中可能還包括在醫院提供的醫生相關服務。

您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

如果您的健康福利是由您雇主、工會或計劃贊助人的自費保險提供，Kaiser Permanente Insurance Company將只為計劃提供某些行政管理服務，而非計劃的承保人，也無需對計劃的健康護理福利承擔財務責任。

服務	預估費用
診所就診	
新病人就診，第2級*	\$120
新病人就診，第3級*	\$190
新病人就診，第4級*	\$275
新病人就診，第5級（嚴重度高）*	\$365
舊病人就診，第1級（嚴重度低）*	\$40
舊病人就診，第2級*	\$95
舊病人就診，第3級*	\$150
舊病人就診，第4級*	\$215
舊病人就診，第5級（嚴重度高）*	\$300
診所就診（預防性）	
嬰兒保健診所就診，新病人（未滿1歲）*	\$255
兒童保健診所就診，新病人（1至4歲）*	\$265
兒童保健診所就診，新病人（5至11歲）*	\$275
兒童保健診所就診，新病人（12至17歲）*	\$305
成人保健診所就診，新病人（18至39歲）*	\$300
成人保健診所就診，新病人（40至64歲）*	\$340
成人保健診所就診，新病人（65歲及65歲以上）*	\$375
嬰兒保健診所就診，舊病人（未滿1歲）*	\$225
兒童保健診所就診，舊病人（1至4歲）*	\$240
兒童保健診所就診，舊病人（5至11歲）*	\$240
兒童保健診所就診，舊病人（12至17歲）*	\$265
成人保健診所就診，舊病人（18至39歲）*	\$270
成人保健診所就診，舊病人（40至64歲）*	\$285
成人保健診所就診，舊病人（65歲及65歲以上）*	\$310
心理治療就診	
小組心理治療	\$37
治療	\$137

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates（英文）網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 或 *Summary Plan Description* (計劃說明概要)。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能會有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
眼睛檢查	
新病人眼睛檢查例行就診*	\$188
新病人眼睛檢查和治療	\$327
舊病人眼睛檢查例行就診*	\$197
舊病人眼睛檢查和治療	\$277
視力篩檢測試*	\$10
聽力服務	
綜合聽力評估	\$125
清理耳道	\$143
耳膜檢查	\$57
聽力篩檢測試（純音，只限氣導）*	\$43
物理治療服務	
電刺激治療，只限治療	\$22
物理治療評估*	\$180
冷熱敷物理治療，只限治療	\$11
超音波物理治療，只限治療	\$26
物理治療運動，只限治療	\$53
疫苗和其他注射	
過敏注射	\$36
水痘疫苗*	\$139
白喉、破傷風追加劑疫苗*	\$39
白喉、破傷風、百日咳疫苗*	\$48
流感預防注射（6個月大及6個月大以上）	\$41
B型肝炎疫苗*	\$134
麻疹、流行性腮腺炎和德國麻疹疫苗*	\$95
小兒麻痺症疫苗*	\$54
治療性、預防性或診斷性注射（只限注射，不包含藥物）*	\$48
治療性、預防性或診斷性動脈內注射（只限注射，不包含藥物）*	\$63

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates（英文）網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能會有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
檢測與外科診療	
呼吸量測試	\$94
呼吸治療	\$32
結腸鏡檢查以及使用燒灼術移除異常組織*	\$1,516
結腸鏡檢查以及使用圈套技術移除異常組織*	\$1,396
結腸鏡檢查以及切除結腸組織進行檢查*	\$1,350
結腸鏡診斷檢查	\$1,047
直腸乙狀結腸鏡診斷檢查	\$404
乙狀結腸鏡診斷檢查	\$590
從腫脹關節周圍引流液體	\$195
心電圖 (EKG)	\$49
胎兒監控*	\$152
切開式皮膚活組織檢查 (如楔形)，單一病灶	\$489
鉗取式皮膚活組織檢查，單一病灶	\$394
切除異常的皮膚部位	\$21
乙狀結腸鏡檢查以及切除組織進行檢查*	\$912
壓力測試	\$244
以手術破壞異常的皮膚部位	\$208
皮膚切取活組織檢查 (如刮取、刮匙刮取、深度刮取、刮器刮取)，單一病灶	\$319
心臟超音波測試	\$482
X光檢查、電腦斷層 (CT) 掃描及其他造影檢查	
胸部電腦斷層 (CT) 掃描，包括顯影劑	\$770
骨盆電腦斷層 (CT) 掃描，包括顯影劑	\$1,045
骨盆電腦斷層 (CT) 掃描，不使用顯影劑	\$610
鼻竇與鼻道電腦斷層 (CT) 掃描	\$800
胃部電腦斷層 (CT) 掃描，使用顯影劑	\$1,065
胃部電腦斷層 (CT) 掃描，不使用顯影劑	\$625
診斷性乳房X光檢查 (一張)	\$340
診斷性乳房X光檢查 (兩張)	\$430
	(續)

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates (英文) 網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能會有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
X光檢查、電腦斷層 (CT) 掃描及其他造影檢查 (續上頁)	
乳房X光檢查 (篩檢) *	\$350
使用顯影劑的腦幹磁振造影 (MRI)	\$1,260
使用及不使用顯影劑的心臟 (壓力下) 磁振造影 (MRI)	\$1,970
使用顯影劑的頸部磁振造影 (MRI)	\$1,145
懷孕超音波	\$455
頭部或腦部電腦斷層 (CT) 掃描結果檢閱	\$490
骨盆超音波	\$290
胃部超音波	\$320
陰道超音波	\$330
骨質疏鬆X光檢查	\$105
腳踝X光檢查	\$90
腳踝X光檢查 (全面)	\$100
雙膝X光檢查	\$110
胸部X光檢查 (一張)	\$70
胸部X光檢查 (兩張)	\$90
手指X光檢查	\$105
足部X光檢查 (全面)	\$95
手部X光檢查 (全面)	\$100
膝部X光檢查 (全面)	\$130
胃部X光檢查 (全面)	\$135
手腕X光檢查 (全面)	\$115
化驗	
白蛋白檢測	\$10
鹼性磷酸酶檢測	\$15
過敏檢測	\$15
丙胺酸轉胺酶 (ALT) 檢測	\$15
澱粉酶檢測	\$15
天門冬氨酸轉胺酶 (AST) 檢測	\$15
	(續)

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates (英文) 網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。

服務	預估費用
化驗（續上頁）	
膽紅素檢測（總量）	\$15
血液抗體檢測	\$10
凝血檢測	\$10
血糖診斷檢測	\$10
監控性血糖檢測*	\$25
鈣質檢測（總量）	\$15
膽固醇指數檢測	\$10
全血球計數	\$20
肌酸酐檢測	\$15
B型肝炎表面抗原檢測*	\$25
C型肝炎檢測*	\$35
腎功能檢測	\$10
肌酸激酶化驗檢測	\$15
脂質檢測*	\$35
鎂檢測	\$15
子宮頸抹片檢查，子宮頸癌篩檢*	\$50

您的實際費用可能會有所不同

這些僅是費用示例。會員可在kp.org/costestimates（英文）網站取得以其計劃細則為依據的預估。

*視您的計劃而定，這些服務可能屬於預防性服務且可獲得免費承保，或者只需支付共付額。如需進一步資訊，請參閱《承保範圍說明書》或 *Summary Plan Description*。

這些預估費用從2024年1月1日起生效，但內容可能有變更，恕不另行通知。

表中所列的費用僅是專業服務的費用，不包含設施費或其他服務費用。您需支付的實際費用金額可能會有所不同，具體取決於您所接受的醫護服務、您就診的設施類型、計劃細則以及您是否已達到免賠額。