

2024 計劃概覽



福利 - 計劃摘要 共付額和共同保險金	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	最低 ² 承保
年度自付額 ¹ (個人/家庭)	\$0	\$0	\$5,400/\$10,800	\$0	\$0	\$0	\$6,300/\$12,600	\$9,450/\$18,900
年度自付上限 ¹ (個人/家庭)	\$4,500/\$9,000	\$8,700/\$17,400	\$9,100/\$18,200	\$1,150/\$2,300	\$3,000/\$6,000	\$6,100/\$12,200	\$9,100/\$18,200	\$9,450/\$18,900
年度藥房自付額 ¹	\$0	\$0	\$150/\$300	\$0	\$0	\$0	\$500/\$1,000	不適用

門診共付額

預防護理服務包括: 產前就診、 兒童保健護理、家庭生育計劃	免費	免費	免費	免費	免費	免費	免費	免費
基本保健門診	\$15	\$35	\$50	\$5	\$15	\$35	\$60 ⁶	0% ⁶
專科醫生門診	\$30	\$65	\$90	\$8	\$25	\$85	\$95 ⁶	0%
精神健康和物質使用障礙就診	\$15	\$35	\$50	\$5	\$15	\$35	\$60	0% ⁶

緊急和急救護理

緊急護理就診	\$15	\$35	\$50	\$5	\$15	\$35	\$60 ⁶	0% ⁶
急診室 ³	\$150	\$350	\$450	\$50	\$150	\$350	40%	0%

住院服務

醫院住院	\$225/天 ⁴	\$330/天 ⁴	30%	10%	20%	30%	40%	0%
懷孕 (分娩和生產)	\$225/天 ⁴	\$330/天 ⁴	30%	10%	20%	30%	40%	0%

門診服務

門診手術	\$75	\$130	30%	10%	20%	30%	40%	0%
化驗服務	\$15	\$40	\$50	\$8	\$20	\$50	\$40	0%
X 光	\$30	\$75	\$95	\$8	\$40	\$95	40%	0%
造影 (CT/PET 掃描、MRI)	\$75	\$75	\$325	\$50	\$100	\$325	40%	0%

達到任何自付額規定前即可提供福利 福利須遵守年度自付額規定

1.855.222.4239 (TTY 711)

lacare.org

L.A. Care Health Plan 很榮幸能成為
Covered California[™] 的合作夥伴



- 備註:**
- 1 年度自付額內含於年度自付上限
 - 2 最低承保 HMO 有經過整合的醫療和藥房自付額
 - 3 若會員直接住院則豁免共付額
 - 4 共付額按日計, 上限為 5 天
 - 5 適用於未滿 19 歲的會員
 - 6 達到自付額規定前, 前 3 次就診的任意組合
 - 7 眼鏡 (每年 1 副或取代眼鏡的隱形眼鏡)
* 須達到藥房自付額規定

2024 計劃概覽

	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	最低 ² 承保
處方藥								
層級 1 (大多數學名藥)	\$7	\$15	\$19	\$3	\$5	\$15	\$17*	0%
層級 2 (首選品牌藥)	\$16	\$60	\$60*	\$10	\$25	\$55	40%，最高至 \$500/處方*	0%
層級 3 (非首選品牌藥)	\$25	\$85	\$90*	\$15	\$45	\$85	40%，最高至 \$500/處方*	0%
層級 4 (專科藥物)	10%，最高至 \$250/處方	20%，最高至 \$250/處方	20%，最高至 \$250/處方*	10%，最高至 \$150/處方	15%，最高至 \$150/處方	20%，最高至 \$250/處方	40%，最高至 \$500/處方*	0%
兒科視力⁵ (0-19 歲)								
視力檢查和眼鏡 (每年 1 副或取代眼鏡的隱形眼鏡)	免費 ⁷	免費 ⁷	免費 ⁷	免費 ⁷	免費 ⁷	免費 ⁷	免費 ⁷	免費 ⁷
兒科牙科⁵ (0-19 歲)								
口腔檢查、預防性洗牙、X 光、每顆牙封填劑、局部塗氟和空間維持器 (固定式)	免費	免費	免費	免費	免費	免費	免費	免費

達到任何自付額規定前即可提供福利 福利須遵守年度自付額規定

您知道 L.A. Care Covered™ 可提供免費的預防護理及保健服務嗎？以下僅列出幾項提供的服務：

- 血壓和膽固醇篩檢
- 2 型糖尿病篩檢
- 疫苗，包括流感預防針
- 憂鬱症篩檢
- 乳房 X 光檢查和子宮頸抹片檢查
- 抽煙和喝酒 (篩檢及諮詢)
- 飲食諮詢
- 結腸直腸癌篩檢
- 產前和嬰兒保健看診

「計劃概覽」文件旨在提供福利摘要。請詳閱 L.A. Care Covered™ 《承保內容證明》文件 (或《會員手冊》)，瞭解所有福利、限制和除外項目的詳細說明。

反歧視和殘障設施聲明

L.A. Care 遵守適用的聯邦民權法律，且不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

用其他語言取得協助

英文： 如需免費口譯服務、用您的語言或其他格式提供的資訊，請致電 L.A. Care，電話 1.855.270.2327 (TTY 711)。

西班牙文： Para solicitar servicios de interpretación gratuitos o información en su idioma o en otro formato, llame a L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711).

L.A. Care Covered™ 健康計劃專門著重於洛杉磯縣多元居民的健康需求。每週 7 天 (含假日)，每天 24 小時均可提供免費的保密協助，請致電 1.855.222.4239 (TTY 711)。您也許符合資格可取得財務協助。

備註：

- 1 年度自付額內含於年度自付上限
- 2 最低承保 HMO 有經過整合的醫療和藥房自付額
- 3 若會員直接住院則豁免共付額

- 4 共付額按日計，上限為 5 天
- 5 適用於未滿 19 歲的會員
- 6 達到自付額規定前，前 3 次就診的任意組合

- 7 眼鏡 (每年 1 副或取代眼鏡的隱形眼鏡)
* 須達到藥房自付額規定