

獲得費用減免 的健康保險

Kaiser Permanente的
Community Health
Access Program (CHAP)



所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan of the
Mid-Atlantic States, Inc.提供和承銷·地址為
2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852

保險現在不再是遙不可及

Community Health Access Program (CHAP) 是針對無法獲得任何其他健康保險的兒童與青少年所提供。此外，您不需要具備美國公民身分便符合資格，我們歡迎沒有身分的居民提出申請。

CHAP會員將可入保Kaiser Permanente計劃，即Maryland (MD) Gold Value 0/20/Vision或Virginia (VA) Gold 0/20/Vision計劃¹

- 您將不需要支付會員月費。
- 在Kaiser Permanente設施接受大多數承保服務時，您將只需支付少許費用或無需支付費用。

我符合資格嗎？

如果您符合下列條件，您便符合資格：

- 居住在Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.的計劃銷售區，不包括哥倫比亞特區
- 家庭收入未超過聯邦貧困水平的300%
- 不符合其他公家或私人健康保險的資格，其中包括但不限於Medicaid、Medicare、透過工作提供的保健計劃、透過Maryland Health Connection (在馬里蘭州) 或健康福利交易市場 (在維吉尼亞州) 提供的財務補助



如果我的情況改變了將會怎樣？

您必須每年重新申請才能繼續留在CHAP。如果您不符合規定，我們將會通知您，而您將需從CHAP補助計劃退保。在那之後，您將需為Kaiser Permanente MD Gold Value 0/20/Vision或VA Gold 0/20/Vision計劃支付固定的會員月費，¹並為您所接受的服務支付任何自付費用，除非您要求我們取消您在HMO計劃的會員資格。

健康之旅就此啟程

Community Health Access Program會提供補助，以協助您支付會員月費並協助為兒童和青少年支付大多數醫療自付費用。

福利概覽¹

Kaiser Permanente Maryland (MD) Gold Value 0/20/Vision 或Virginia (VA) Gold 0/20/Vision計劃福利	入保CHAP後的自付費用 (在Kaiser Permanente 設施接受的服務)
預防保健／篩檢／免疫接種	\$0
基本護理診所就診	\$0
專科護理診所就診	\$0
處方藥 (在Kaiser Permanente計劃藥房或透過郵購服務最多30天藥量 ²)	\$0
精神健康服務	\$0
緊急醫護	\$0
急診室服務	在您接受服務當天可能需支付 共付額或共同保險
住院 (病房／醫生費用)	\$0
大部分的X光檢查	\$0
保健課程 ³	許多課程會員皆無需付費。

以您希望的方式獲取所需的醫護服務



根據對您而言重要的事項選擇您和孩子的醫生，包括使用語言、教育背景和醫療專科。



寄送電子郵件給自己或孩子醫生的診所，詢問非緊急問題或安排電話問診或視訊就診。⁷



不論在任何地方，您都可以管理自己或孩子的健康——在線上或使用我們的應用程式查看大多數化驗結果並訂購大多數續配的處方藥。^{4,5,6}



透過許多一站式服務節省時間，如X光檢查和藥房。

入保Community Health Access Program (CHAP)

申請方式

請填寫下列文件：

- 補助資格確認表
- 健康保險申請表

請附上收入證明以及上述表格中所列的任何其他必要文件。

請與指定的當地社區組織聯絡以瞭解入保資訊。

註：若您不與指定的當地社區組織合作，您可能無法入保CHAP。

我們將會根據法律規定保護您個人資訊的隱私，並僅使用這些資訊來確認您是否符合此計劃的資格。

在開放入保期提出申請

在大多數情況下，您都必須在開放入保期申請CHAP，開放入保期是從11月1日至12月15日。

如欲讓保險在1月1日開始生效，我們必須在12月15日之前收到您完整的書面文件。



有疑問嗎？如欲瞭解詳情：

請致電800-777-7902（聽障及語障電話專線711）與會員服務部聯絡，服務時間為週一至週五上午7:30至晚上9:00（重要假日休息）。造訪kp.org/mas-chap（英文）。

請追蹤我們的社交媒體：[f](#) [@](#) [@kpthrive](#)

不保證您持續符合CHAP的資格。我們保留隨時結束入保或變更CHAP入保資格規定的權利。如果您獲准可以接受CHAP補助，而補助資格有限制，我們將會在日後與您聯絡以確認您仍符合資格。

¹請參閱整合版《會員協議、披露表及承保範圍說明書》(Membership Agreement, Disclosure Form, and Evidence of Coverage) 以瞭解限制和例外項目。您可在線上查看 Maryland (MD) Gold Value 0/20/Vision或Virginia (VA) Gold 0/20/Vision計劃的《福利與承保範圍摘要》(Summary of Benefits and Coverage, SBC)，其中包含了保健計劃的詳細資訊。請瀏覽kp.org/sbc（英文）並在地圖上點選您的所在州。接著，在「2022 Plans Offered by Kaiser Permanente」（2022年由Kaiser Permanente所提供的計劃）之下點選「MD Gold Value 0/20/Vision」或「VA Gold 0/20/Vision」計劃。如欲免費獲得印刷版副本，請致電800-777-7902（聽障及語障電話專線711）。如果您受保於CHAP，SBC中所列的共付額將不適用於Kaiser Permanente設施提供的大多數醫護服務。

²部分藥物不符合使用郵購藥房的資格。郵購藥房可寄送藥物至馬里蘭州、維吉尼亞州、華盛頓特區的地址以及服務區外的特定地點。

³某些課程可能需繳交費用。

⁴上述服務是當您在Kaiser Permanente設施接受醫護服務時才適用。

⁵當兒童年滿12歲時，線上功能將會有所調整。根據州法律規定，青少年有權獲得額外的私隱保護。當您的孩子滿12歲時，您仍可透過改動某些功能的權限來管理您青少年孩子的醫療護理。

⁶如欲使用Kaiser Permanente應用程式，您必須是在kp.org（英文）網站註冊的Kaiser Permanente會員。

⁷若情況適當且有提供此服務。