



福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向您展示您和計劃將如何共同承擔涵蓋的健康照護服務費用。注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將另外提供。這僅是一份摘要。如欲了解有關承保範圍的更多資訊，或要獲得承保範圍的完整條款副本，請[insert contact information]。如欲了解常見詞彙的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險、共付額、自付額、供應商、或其他劃線詞彙，請參見詞彙表。您可以在 www.[insert].com 查看詞彙表，或致電 1-800-[insert] 以索取副本。

重要問題	答案	為什麼這很重要：
整體自付額為多少？	\$	一般而言，在此計劃開始支付前，您需要向供應商支付自付額以下的所有費用。 [針對家庭承保，請參見額外適用語言的指引。]
在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？	是。[Insert: major categories]	即便您還沒達到自付額，此計劃亦涵蓋一些項目和服務。但可能需支付共付額或共同保險。 [針對不受新規約束的計劃，插入：「例如：在沒有分攤成本且您達到您的自付額前，此計劃亦涵蓋特定預防性服務。請至 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 查看涵蓋的預防性服務清單。」]
特定服務是否還有其他自付額？	是。\$	在此計劃開始支付此類服務前，您必須支付所有此類服務費用的特定自付額。
此計劃的最大自付額是多少？	\$	最大自付額為您可能在一年間為涵蓋服務支付的最大金額。 [針對家庭承保，請參見額外適用語言的指引。]
最大自付額不包含什麼？	[Insert: major exceptions]	即便您已支付此類費用，相關費用亦不計入最大自付額。
如果使用網絡供應商，您支付的金額是否會更少？	是。請參見 www.[insert].com 或致電 1-800-[insert] 以索取網絡供應商清單。	此計劃使用供應商網絡。如果您使用計劃網絡中的供應商，您將需要支付較少費用。如果您使用網絡外的供應商，您將需要支付較多費用。您亦可能收到來自供應商的帳單，其中為供應商收費及您的計劃支付的費用差額（差額收費）。請注意，您的網絡供應商可能使用網絡外供應商以提供一些服務（例如：實驗室工序）。請在獲取服務前與您的供應商確認。
您是否需要轉診至專科醫生？	是。	此計劃將支付至專科醫生處就診，涵蓋的服務所產生的部分或全部費用，但前提是您必須在至專科醫生處就診前已取得轉介。

PRA 披露聲明：根據 1995 年的《文書簡化法案》(Paperwork Reduction Act)，除非顯示有效的 OMB 控管編號，否則不得要求任何人回覆資訊蒐集。本資訊蒐集的有效 OMB 控管編號是 0938-1146。完成每份此資訊蒐集預計需要平均 0.08 小時，其中包括審視指引、搜尋現有資料資源，以及蒐集所需資料、和完成並審查資訊蒐集所需的時間。如果您對預估時間準的確性或改善本表格有意見，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。