




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。這僅是一您摘要。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？	\$	
在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？		
特定服務是否還有其他自付額？	\$	
此計劃的最大自付額是多少？	\$	
最大自付額不包含什麼？		
如果使用網絡供應商，您支付的金額是否會更少？		
您是否需要轉診至專科醫生？		

 此表格顯示的所有**共付額**和**共同保險**費用僅適用於您已達到您的**自付額**的情況（如果**自付額**適用的話）。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需要支付的費用		限制、例外和其他重要資訊
		網絡供應商 (您將需要支付較少費用)	網絡外供應商 (您將需要支付較多費用)	
如果您造訪健康照護 供應商 的辦公室或診所	初級保健就診以治療受傷或疾病			
	至 專科醫生 處就診			
	預防性照護/篩查/疫苗接種			
如果您進行檢測	診斷檢定 （X光、血液檢測）			
	造影（CT/PET 掃描、MRI）			
如果您需要藥物治療疾病或情況如欲了解更多有關 處方類藥物的承保範圍 ，請造訪 [www.insert.com]	學名藥			
	優先原廠藥			
	非優先原廠藥			
	專科藥物			
如果您進行門診手術	設施費（例如：非住院手術中心）			
	醫師/外科醫生費用			
如果您需要立即就醫	急診室照護			
	緊急醫療交通			
	緊急照護			
如果您需要住院	設施費（例如：醫院病房）			
	醫師/外科醫生費用			

[* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 [www.insert.com] 參見**計劃**或保單文件]

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需要支付的費用		限制、例外和其他重要資訊
		網絡供應商 (您將需要支付較少費用)	網絡外供應商 (您將需要支付較多費用)	
如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務	門診服務			
	住院服務			
如果您懷孕	辦公室就診			
	分娩專業服務			
	分娩設施服務			
如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求	居家照護			
	復健服務			
	適應服務			
	專業護理			
	耐用醫療器材			
	臨終關懷服務			
如果您的子女需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查			
	兒童眼鏡			
	兒童牙科檢查			

不包含的服務和其他承保服務：

您的 [計劃](#) 一般不涵蓋的服務（查看您的保單或 [計劃](#) 文件以了解更多資訊以及任何其他 [不包含的服務](#) 列單。）

-
-
-

其他包含的服務（此類服務可能存有限制。這不是完整的列單。請查看您的 [計劃](#) 文件。）

-
-
-

您的續保權利： 如果您想在保險結束後繼續獲得承保，有一些機構可以提供協助。此類機構的聯繫資訊為： [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. 其他承保選項亦可能適用於您，其中包括透過 [健康保險商城](#) 購買個人保險。如欲了解更多有關 [商城](#) 的資訊，請造訪 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318- 2596。

[* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 [www.insert.com] 參見 [計劃](#) 或保單文件]

您的申訴和上訴權利：如果您對您的[計劃](#)拒絕您的[索償](#)提出投訴，一些機構可以為您提供協助。此類投訴被稱為[申訴](#)或[上訴](#)。如欲了解有關您權利的更多資訊，請查看您就該醫療[索償](#)可取得的福利說明。您的[計劃](#)文件亦將提供有關如何出於任何理由就您[計劃](#)提交[索償](#)、[上訴](#)或[申訴](#)的完整資訊。如欲了解有關您的權利、此通知或幫助的更多資訊，請聯繫：[\[insert applicable contact information from instructions\]](#)

此計劃是否提供最低程度承保？ [\[是/否\]](#)

最低程度承保一般包括可透過[商城](#)或其他獨立市場保單取得的[計劃](#)、[健康保險](#)、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE、和其他特定保險。如果您符合特定類別[最低程度承保](#)的資格，您可能不符合[保費稅額抵免優惠](#)資格。

此計劃是否符合最低值標準？ [\[是/否\]](#)

如果您的[計劃](#)不符合[最低值標準](#)，您可能符合[保費稅額抵免優惠](#)資格，可透過[商城](#)幫助您支付[計劃](#)費用。

語言服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [\[insert telephone number\]](#).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [\[insert telephone number\]](#).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [\[insert telephone number\]](#).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [\[insert telephone number\]](#).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griegie in Deutsch, ruf [\[insert telephone number\]](#) uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni [\[insert telephone number\]](#).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye [\[insert telephone number\]](#).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang [\[insert telephone number\]](#).

[如欲查看此計劃涵蓋範例醫療情況費用的示例，請查看下一節](#)

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.02** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

[* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 [\[www.insert.com\]](#) 參見[計劃](#)或保單文件]

關於此類承保示例：



這不是費用預估。顯示的治療僅為此計劃涵蓋醫療照護的示例。您的確切費用取決於您獲取的確切照護、您的**供應商**收取的費用和其他很多因素，可能有所不同。專注於計劃下**成本分攤**金額（**自付額**、**共付額**和**共同保險**）和**不包含的服務**。利用此資訊來比較您在不同健康計劃中可能需要支付的費用部分。請注意，此類承保範圍示例僅基於自我承保範圍

Peg 懷孕了

(9 個月的網絡內產前檢查和醫院分娩)

- **計劃的整體自付額** \$
- 醫院 (設施) / **成本分攤** \$
- 醫院 (設施) / **成本分攤** %
- 其他 / **成本分攤** %

此事件示例包含下列服務：

[專科醫生](#)辦公室就診（產前照護）
 分娩專業服務
 分娩設施服務
[診斷檢定](#)（超音波和血液檢測）
[專科醫生](#)看診（麻醉）

總示例費用	\$12,700
在此示例，Peg 將支付：	
成本分攤	
自付額	\$
共付額	\$
共同保險	\$
不承保的項目	
限制或例外	\$
Peg 將支付的總金額為	\$

管理 Joe 的 2 型糖尿病

(一年的病情可控例行網絡內護理)

- **計劃的整體自付額** \$
- 醫院 (設施) / **成本分攤** \$
- 醫院 (設施) / **成本分攤** %
- 其他 / **成本分攤** %

此事件示例包含下列服務：

[初級保健醫師](#)辦公室就診
 （包括疾病教育）
[診斷檢定](#)（血液檢測）
[處方藥](#)
[耐用醫療器材](#)（血糖測量儀）

總示例費用	\$5,600
在此示例，Joe 將支付：	
成本分攤	
自付額	\$
共付額	\$
共同保險	\$
不承保的項目	
限制或例外	\$
Joe 將支付的總金額為	\$

Mia 的簡單骨折

(網絡內急診室就診和後續護理)

- **計劃的整體自付額** \$
- 醫院 (設施) / **成本分攤** \$
- 醫院 (設施) / **成本分攤** %
- 其他 / **成本分攤** %

此事件示例包含下列服務：

[急診室照護](#)（包括醫療用品）
[診斷檢定](#)（X光）
[耐用醫療器材](#)（拐杖）
[復健服務](#)（物理治療）

總示例費用	\$2,800
在此示例，Mia 將支付：	
成本分攤	
自付額	\$
共付額	\$
共同保險	\$
不承保的項目	
限制或例外	\$
Mia 將支付的總金額為	\$

計劃將負責支付此類示例中所涵蓋服務所產生的其他費用