



福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向口展示口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。這僅是一口摘要。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)	
如果您需要住院	設施費 (例如：醫院病房)			
	醫師/外科醫生費用			
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 <u>計劃</u> 一般不涵蓋的服務（查看您的保單或 <u>計劃</u> 文件以了解更多資訊以及任何其他 <u>不包含的服務</u> 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 <u>計劃</u> 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。

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]。]

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 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、蒐集所需資料，以及完成並審查資訊蒐集所需的時間。如果您對預估時間的準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。

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 \$
- 專科醫生 [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 \$
- 專科醫生 [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 \$
- 專科醫生 [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。