




เอกสารสรุปผลประโยชน์และความคุ้มครอง (Summary of Benefits and Coverage, SBC) จะช่วยให้คุณเลือกแผนประกันสุขภาพ SBC

แสดงให้คุณเห็นถึงวิธีที่คุณและ แผน จะแบ่งปันค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมได้อย่างไร หมายเหตุ:

ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของ แผน นี้ (เรียกว่า เบี้ยประกันภัย) จะมีให้แยกต่างหาก นี่เป็นเพียงบทสรุป สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครองของคุณ หรือหากต้องการรับสำเนาเงื่อนไขความคุ้มครองฉบับสมบูรณ์ โปรด [ใส่ข้อมูลติดต่อ] สำหรับค่าจำกัดความทั่วไปของค่าศัพท์ทั่วไป เช่น จำนวนที่อนุญาต การเรียกเก็บเงินยอดคงเหลือ ประกันภัยร่วม ประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจ่าย ค่าเสียหายส่วนแรก ผู้ให้บริการ หรือข้อกำหนดที่ชัดเจนได้อื่นๆ โปรดดูที่อภิธานศัพท์ คุณสามารถดูอภิธานศัพท์ได้ที่ [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) หรือโทร 1-800-[insert] เพื่อขอสำเนา

คำถามสำคัญ	คำตอบ	ทำไมถึงถามเรื่องนี้:
<u>ค่าเสียหายส่วนแรก</u> โดยรวมมีอะไรบ้าง	ดอลลาร์สหรัฐฯ	
มีบริการที่ครอบคลุมก่อนที่คุณจะหัก <u>ค่าเสียหายส่วนแรก</u> หรือไม่		
มี <u>ค่าเสียหายส่วนแรก</u> อื่น ๆ สำหรับบริการเฉพาะหรือไม่	ดอลลาร์สหรัฐฯ	
<u>วงเงิน ค่าใช้จ่ายที่ออกเอง</u> สำหรับ <u>แผน</u> นี้คืออะไร	ดอลลาร์สหรัฐฯ	
อะไรไม่รวมอยู่ใน <u>วงเงินค่าใช้จ่ายที่ออกเอง</u>		
คุณจะจ่ายน้อยลงถ้าคุณใช้ <u>ผู้ให้บริการเครือข่าย</u> หรือไม่		
คุณต้องการ <u>ผู้อ้างอิง</u> เพื่อ <u>ดูผู้เชี่ยวชาญ</u> หรือไม่		

 ค่าใช้จ่าย**ประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจ่าย** และ **ประกันภัยรวม** ทั้งหมดที่แสดงในแผนภูมินี้หลังจากที่หัก**ค่าเสียหายส่วนแรก**ของคุณแล้ว หากมีการหัก**ค่าเสียหายส่วนแรก**

เหตุการณ์ทางการแพทย์ ทั่วไป	บริการที่คุณอาจต้องการ	สิ่งที่คุณจะต้องจ่าย		ข้อจำกัด ข้อยกเว้น และข้อมูลสำคัญอื่นๆ
		ผู้ให้บริการเครือข่าย (คุณจะจ่ายน้อยที่สุด)	ผู้ให้บริการนอกเครือข่าย (คุณจะจ่ายมากที่สุด)	
หากคุณไปที่สำนักงาน หรือคลินิกของ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ	การดูแลเบื้องต้นเพื่อรักษาอาการ บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย			
	การเข้าตรวจเยี่ยมของ ผู้เชี่ยวชาญ			
	การดูแลป้องกัน/คัดกรอง/ การฉีดวัคซีน			
หากคุณมีการเข้าทดสอบ	ตรวจวินิจฉัย (เอ็กซเรย์ ตรวจเลือด)			
	การถ่ายภาพ (การตรวจด้วยเครื่องเพ็ท/ซีทีสแกน [PET/CT] การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า [Magnetic Resonance Imaging, MRI])			
หากคุณต้องการยารักษา โรคหรืออาการป่วยของคุณ ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความคุ้มครองยาที่ต้องสั่ง โดยแพทย์ ได้ที่ www.[insert].com	ยาสามัญ			
	ยาที่หือที่ต้องการ			
	ยาที่ไม่ต้องการยี่หือ			
	ยาที่มีระบบควบคุมพิเศษ			
หากคุณเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยนอก	ค่าธรรมเนียมสิ่งอำนวยความสะดวก (เช่น ศูนย์ศัลยกรรมผู้ป่วยนอก)			
	ค่าธรรมเนียมแพทย์/ศัลยแพทย์			
หากคุณต้องการการรักษา พยาบาลทันที	การดูแลห้องฉุกเฉิน			
	การขนส่งทางการแพทย์ฉุกเฉิน			
	การดูแลฉุกเฉิน			
หากคุณต้องพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล	ค่าสิ่งอำนวยความสะดวก (เช่น ห้องพยาบาล)			
	ค่าแพทย์/ศัลยแพทย์			
หากคุณต้องการบริการด้าน สุขภาพจิต พฤติกรรม	บริการผู้ป่วยนอก			

[* สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อจำกัดและข้อยกเว้น โปรดดูเอกสาร**แผน**หรือนโยบายที่ [www.insert.com]]

เหตุการณ์ทางการแพทย์ ทั่วไป	บริการที่คุณอาจต้องการ	สิ่งที่คุณจะต้องจ่าย		ข้อจำกัด ข้อยกเว้น และข้อมูลสำคัญอื่นๆ
		ผู้ให้บริการเครือข่าย (คุณจ่ายน้อยที่สุด)	ผู้ให้บริการนอกเครือข่าย (คุณจ่ายมากที่สุด)	
หรือการใช้สารเสพติด	บริการผู้ป่วยใน			
หากคุณกำลังตั้งครรภ์	การเข้าตรวจเยี่ยม			
	บริการคลอดบุตร/การทำคลอด อย่างมืออาชีพ			
	บริการสิ่งอำนวยความสะดวกของ การคลอดบุตร/การทำคลอดอย่าง มืออาชีพ			
หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการฟื้นฟู หรือมีความต้องการด้านสุขภาพพิเศษอื่นๆ	การดูแลสภาพที่บ้าน			
	บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	บริการด้านที่อยู่อาศัย			
	การพยาบาลที่มีทักษะ			
	อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทนทาน บริการบ้านพักรับรองพระศตงค์			
หากบุตรของท่านต้องการการดูแลทันตกรรม หรือดวงตา	ตรวจวัดสายตาเด็ก			
	แว่นตาเด็ก			
	ตรวจสุขภาพฟันเด็ก			

บริการที่ยกเว้นและบริการที่ครอบคลุมอื่นๆ:

บริการใน แผน ของคุณโดยทั่วไปไม่ครอบคลุม (ตรวจสอบนโยบาย หรือเอกสาร แผน ของคุณเพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติมและ รายการบริการที่ยกเว้นอื่นๆ)
• • •

บริการที่ครอบคลุมอื่นๆ (ข้อจำกัดอาจนำไปใช้กับบริการเหล่านี้ นี่ไม่ใช่รายการที่สมบูรณ์ โปรดดูเอกสารประกอบ แผน ของคุณ)
• • •

สิทธิ์ของคุณในการให้ความคุ้มครองต่อไป: มีหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือได้หากคุณต้องการให้ความคุ้มครองต่อไปหลังจากสิ้นสุด ข้อมูลติดต่อสำหรับหน่วยงานเหล่านั้นคือ: [ใส่ข้อมูลรัฐ กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐ (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) กระทรวงแรงงานสหรัฐ (U.S. Department of Labor, DOL) และ/หรือข้อมูลติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ] คุณอาจมีตัวเลือกความคุ้มครองอื่นๆ เช่นกัน รวมถึงการซื้อความคุ้มครองแบบรายบุคคลผ่าน [ตลาด การประกันสุขภาพ](#) สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ [ตลาดกลาง](#) โปรดเข้าไปดูที่ www.HealthCare.gov หรือโทร 1-800-318- 2596

สิทธิ์ในการร้องทุกข์และอุทธรณ์ของคุณ: มีหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือได้หากคุณมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ [แผน](#) การปฏิเสธการเรียกร้องของคุณ การร้องเรียนนี้เรียกว่า [การร้องทุกข์](#) หรือ [การอุทธรณ์](#) สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณ โปรดดูคำอธิบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่คุณจะได้รับสำหรับการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลนั้น เอกสาร [แผน](#) ของคุณยังให้ข้อมูลที่สมบูรณ์เกี่ยวกับการยื่น [คำร้อง](#) [อุทธรณ์](#) หรือ [ข้อข้อข้องใจ](#) ด้วยเหตุผลใดๆ ต่อ [แผน](#) ของคุณ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณ ประกาศนี้ หรือความช่วยเหลือ ติดต่อ: [ใส่ข้อมูลติดต่อที่เกี่ยวข้องจากคำแนะนำ]

แผนนี้ให้ความคุ้มครองขั้นต่ำที่จำเป็นหรือไม่ [ใช่/ไม่ใช่]

ความคุ้มครองที่จำเป็นขั้นต่ำ โดยทั่วไปประกอบด้วย [แผน](#) [ประกันสุขภาพ](#) ที่มีให้ผ่าน [ตลาดกลาง](#) หรือนโยบายตลาดส่วนบุคคลอื่น ๆ Medicare Medicaid CHIP TRICARE และความคุ้มครองอื่น ๆ บางอย่าง หากคุณมีสิทธิ์ได้รับ [ความคุ้มครองขั้นต่ำบางประเภท](#) คุณอาจไม่มีสิทธิ์ได้รับ [เครดิตภาษีพรีเมียม](#)

[* สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อจำกัดและข้อยกเว้น โปรดดูเอกสาร [แผน](#) หรือนโยบายที่ [www.insert.com]]

แผนนี้เป็นไปตามมาตรฐานมูลค่าขั้นต่ำหรือไม่ [ใช่/ไม่ใช่/ไม่เกี่ยวข้อง]

หาก แผน ของคุณไม่เป็นไปตาม มาตรฐานมูลค่าขั้นต่ำ คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับ เครดิตภาษีฟรี เพื่อช่วยคุณชำระค่า แผน ผ่าน ตลาดกลาง

บริการการเข้าถึงด้านภาษา:

[ภาษาสเปน (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [ใส่หมายเลขโทรศัพท์]]

[ภาษาตากาล็อก (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [ใส่หมายเลขโทรศัพท์]]

[ภาษาจีน (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码[ใส่หมายเลขโทรศัพท์]]

[ภาษานาวาโฮ (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [ใส่หมายเลขโทรศัพท์]]

หากต้องการดูตัวอย่างว่า แผนนี้ จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับสถานการณ์ทางการแพทย์ตัวอย่างอย่างไร ให้ดูส่วนถัดไป

คำชี้แจงการเปิดเผยข้อมูลของพระราชบัญญัติการลดงานเอกสาร (Paperwork Reduction Act, PRA): ตามพระราชบัญญัติการลดงานเอกสารปี 1995 บุคคลไม่ต้องตอบสนองต่อการรวบรวมข้อมูลเว้นแต่จะแสดงหมายเลขควบคุมสำนักงานบริหารและงบประมาณ (Office of Management and Budget, OMB) ที่ถูกต้อง หมายเลขควบคุม OMB ที่ถูกต้องสำหรับการรวบรวมข้อมูลนี้คือ **0938-1146** เวลาที่ต้องใช้ในการรวบรวมข้อมูลนี้ให้เสร็จสิ้นโดยประมาณจะอยู่ที่ **0.08** ชั่วโมงโดยเฉลี่ยต่อการตอบสนอง รวมถึงเวลาในการตรวจสอบคำแนะนำ ค้นหาแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ รวบรวมข้อมูลที่จำเป็น และดำเนินการให้เสร็จสิ้นและตรวจทานการรวบรวมข้อมูล หากคุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความถูกต้องของการประมาณเวลา หรือขอเสนอแนะในการปรับปรุงแบบฟอร์มนี้ โปรดกรอกข้อมูลไปที่: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

เกี่ยวกับตัวอย่างความคุ้มครองเหล่านี้:



นี่ไม่ใช่เครื่องประมาณราคา การรักษาที่แสดงเป็นเพียงตัวอย่างว่า **แผน**นี้จะครอบคลุมการรักษาพยาบาลอย่างไร ค่าใช้จ่ายตามจริงของคุณจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การดูแลจริงที่คุณได้รับ ราคาที่ **ผู้ให้บริการ**ของคุณเรียกเก็บ และปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย เน้นที่จำนวน **การแบ่งปันต้นทุน** (**ค่าเสียหายส่วนแรก**, **ผู้เอาประกันร่วมจ่ายเป็น % คงที่** และ **ประกันภัยร่วม**) และ **ไม่รวมบริการ**ภายใต้ **แผน**นี้ ใช้ข้อมูลนี้เพื่อเปรียบเทียบส่วนของคุณอาจจ่ายภายใต้ **แผน**ประกันสุขภาพต่างๆ โปรดทราบว่าตัวอย่างความคุ้มครองเหล่านี้อิงตามความคุ้มครองในตนเองเท่านั้น

Peg กำลังจะมีบุตร
(9
เดือนของการดูแลก่อนคลอดในเครือข่ายและการส่งมอบในโรงพยาบาล)

- **ค่าเสียหายส่วนแรก**ทั้งหมดของแผน ดอลลาร์สหรัฐฯ
- **ผู้เชี่ยวชาญ [การแบ่งปันต้นทุน]** ดอลลาร์สหรัฐฯ
- โรงพยาบาล (สิ่งอำนวยความสะดวก) **[การแบ่งปันต้นทุน]** %
- อื่นๆ **[การแบ่งปันต้นทุน]** %

เหตุการณ์ตัวอย่างนี้รวมถึงบริการต่างๆ เช่น: การเข้าตรวจเยี่ยมของ **ผู้เชี่ยวชาญ** (การดูแลก่อนคลอด) บริการการคลอดบุตร/การทำคลอดอย่างมืออาชีพ การทำคลอด/บริการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกการคลอดบุตร **การตรวจวินิจฉัย** (อัลตราซาวด์และการตรวจเลือด) การเข้าตรวจเยี่ยมของ **ผู้เชี่ยวชาญ** (ตมยาสลบ)

ต้นทุนตัวอย่างทั้งหมด	12,700 ดอลลาร์สหรัฐฯ
ในตัวอย่างนี้ Peg จะจ่าย:	
<i>การแบ่งปันต้นทุน</i>	
ค่าเสียหายส่วนแรก	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ประกันสุขภาพร่วมจ่าย	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ประกันภัยร่วม	ดอลลาร์สหรัฐฯ
<i>สิ่งที่ไม่ครอบคลุม</i>	
ข้อจำกัดหรือข้อยกเว้น	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ยอดรวม Peg จะจ่ายคือ	ดอลลาร์สหรัฐฯ

การจัดการโรคเบาหวานประเภท 2
ของ Joe
(หนึ่งปีของการดูแลในเครือข่ายเป็นประจำสำหรับสถานะที่มีการควบคุมอย่างดี)

- **ค่าเสียหายส่วนแรก** โดยรวมของแผน ดอลลาร์สหรัฐฯ
- **ผู้เชี่ยวชาญ [การแบ่งปันต้นทุน]** ดอลลาร์สหรัฐฯ
- โรงพยาบาล (สิ่งอำนวยความสะดวก) **[การแบ่งปันต้นทุน]** %
- อื่นๆ **[การแบ่งปันต้นทุน]** %

เหตุการณ์ตัวอย่างนี้รวมถึงบริการต่างๆ เช่น: การเข้าตรวจเยี่ยมของ **แพทย์ปฐมภูมิ** (รวมทั้งการให้ความรู้โรค) **การตรวจวินิจฉัย** (การตรวจเลือด) **ยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์** **อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทนทาน** (เครื่องวัดน้ำตาล)

ต้นทุนตัวอย่างทั้งหมด	5,600 ดอลลาร์สหรัฐฯ
ในตัวอย่างนี้ Joe จะจ่ายเงิน:	
<i>การแบ่งปันต้นทุน</i>	
ค่าเสียหายส่วนแรก	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ประกันสุขภาพร่วมจ่าย	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ประกันภัยร่วม	ดอลลาร์สหรัฐฯ
<i>สิ่งที่ไม่ครอบคลุม</i>	
ข้อจำกัดหรือข้อยกเว้น	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ยอดรวมที่ Joe จะจ่ายคือ	ดอลลาร์สหรัฐฯ

กระดูกหักแบบสามัญของ Mia
(เข้าตรวจเยี่ยมห้องฉุกเฉินในเครือข่ายและติดตามดูแล)

- **ค่าเสียหายส่วนแรก** โดยรวมของแผน ดอลลาร์สหรัฐฯ
- **ผู้เชี่ยวชาญ [การแบ่งปันต้นทุน]** ดอลลาร์สหรัฐฯ
- โรงพยาบาล (สิ่งอำนวยความสะดวก) **[การแบ่งปันต้นทุน]** %
- อื่นๆ **[การแบ่งปันต้นทุน]** %

เหตุการณ์ตัวอย่างนี้รวมถึงบริการต่างๆ เช่น: **การดูแลห้องฉุกเฉิน** (รวมถึงเวชภัณฑ์) **การตรวจวินิจฉัย** (เอ็กซเรย์) **อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทนทาน** (ไม้ค้ำยัน) **บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ** (กายภาพบำบัด)

ต้นทุนตัวอย่างทั้งหมด	2,800 ดอลลาร์สหรัฐฯ
ในตัวอย่างนี้ Mia จะจ่ายเงิน:	
<i>การแบ่งปันต้นทุน</i>	
ค่าเสียหายส่วนแรก	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ประกันสุขภาพร่วมจ่าย	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ประกันภัยร่วม	ดอลลาร์สหรัฐฯ
<i>สิ่งที่ไม่ครอบคลุม</i>	
ข้อจำกัดหรือข้อยกเว้น	ดอลลาร์สหรัฐฯ
Mia จะจ่ายทั้งหมดคือ	ดอลลาร์สหรัฐฯ

แผน จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของบริการที่ครอบคลุมตัวอย่างเหล่านี้