


福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用承保對象：_____ | 計劃類型：_____

 **這不是一份保單。** 如果您需要有關您的承保範圍和費用的詳情，可造訪 [www.\[insert\]](http://www.[insert]) 或撥打 1-800-[insert] 獲取保單內的完整條款或保險計劃文件。

重要問題	答案	重要之因：
什麼是總自付額？	\$	
具體服務 有其他的自付額嗎？	\$	
在我的費用中有自付限額嗎？	\$	
什麼不包括在自付限額中？		
保險計劃支付額是否有總年度限額？		
本計劃使用醫療服務提供者網絡嗎？		
我需要轉介才能去看專家嗎？		
本計劃是否有不承保的服務？		

OMB 控制號碼 1545-2229,
1210-0147, 和 0938-1146

Corrected on May 11, 2012

若有問題：請撥打1-800-[insert] 或造訪 [www.\[insert\]](http://www.[insert])。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 [www.\[insert\]](http://www.[insert]) 上的術語表或撥打 1-800-[insert] 索取一份。

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用承保對象：_____ | 計劃類型：_____



- **共付額**是您為承保的健康照護所支付的固定金額（如 15 美元），通常在您接受服務時支付。
- **共同保險**是您為承保的服務費用分擔的份額，按服務**允許額**的百分率計算。例如，如果健康計劃一個晚上住院的**允許額**是 1,000 美元，那麼您的 20% **共同保險**費用應是 200 美元。如果您尚未達到**自付額**要求，則可能有變。
- 保險計劃為承保服務的付費以**允許額**為根據。如果**網絡外醫療服務提供者**收費超過**允許額**，您可能必須支付差額。例如，如果網絡外醫院就一個晚上住院收取 1,500 美元的費用，而**允許額**是 1,000 美元，您可能必須支付 500 美元的差額。（這種情況稱為**差額**。）
- 透過向您收取較低的**自付額**、**共付額**及**共同保險**，本計劃可能鼓勵您使用_____ **醫療服務提供者**。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用 網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用 網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您去一家健康照護醫療服務提供者的診所	治療受傷或生病的主要照護就診			
	專家就診			
	其他執業者的診所就診			
	預防照護／篩查／免疫			
如果您要做檢查	診斷檢查（X 光、驗血）			
	成像（CT／PET 掃描、MRI）			
如果您需用藥物來治療生病或病症 www.[insert] 提供關於 處方藥物承保範圍 的更多資訊。	非品牌藥			
	首選品牌藥			
	非首選品牌藥			
	專用藥			
如果您要做門診手術	設施費（如流動手術中心）			
	醫師／外科醫師費			

若有問題：請撥打 1-800-[insert] 或造訪 [www.\[insert\]](#)。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 [www.\[insert\]](#) 上的術語表或撥打 1-800-[insert] 索取一份。

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用承保對象：_____ | 計劃類型：_____

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您需要立即獲得醫護	急救室服務			
	緊急醫療運送			
	急需照護			
如果您要住院	設施費（如醫院病房）			
	醫師／外科醫師費			
如果您因精神健康、行為健康或濫用藥物需要治療	精神／行為健康門診服務			
	精神／行為健康住院服務			
	藥物使用失調門診服務			
	藥物使用失調住院服務			
如果您懷孕	產前及產後照護			
	分娩及所有住院服務			
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	家居健康照護			
	康復服務			
	復健服務			
	專業護理照護			
	耐用醫療設備			
	善終服務			
如果您的孩子需要牙科或眼科照護	眼睛檢查			
	眼鏡			
	牙齒檢查			

若有問題：請撥打1-800-[insert] 或造訪 [www.\[insert\]](http://www.[insert])。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 [www.\[insert\]](http://www.[insert]) 上的術語表或撥打 1-800-[insert] 索取一份。

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用承保對象：_____ | 計劃類型：_____

非承保的服務及其他承保的服務

您的計劃不承保的服務（這份清單並不完整。請查看您的保單或保險計劃文件，瞭解其他 非承保之項。）

-
-
-

其他承保的服務（這份清單並不完整。請檢查您的保單或保險計劃文件，瞭解更多承保的服務及您接受這些服務的費用。）

-

您繼續承保範圍的權利：

[請插入說明內適用的資訊]

您的申訴及上訴權利：

如果您有抱怨或對您的保險計劃拒絕賠付要求感到不滿意，可能可以呈遞上訴或申訴。如果您對您的權利、本公告或協助有問題，可聯絡：[請插入說明內適用的聯絡資訊]。

若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一頁。

若有問題：請撥打1-800-[insert] 或造訪 www.[insert]。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.[insert] 上的術語表或撥打 1-800-[insert] 索取一份。

關於這些承保範例：

這些範例顯示這個計劃在特定情況下可能承保醫療照護的方法。利用這些範例來查看，在通常情況下，如果一個示例病患有不同的保險計劃承保，可能獲得多少財務保護。



**這
不是一份費用
估計表。**

不要用這些範例來估計您在本計劃內的實際費用。您接受的實際照護將不同於這些範例，而且照護的費用也會有所不同。

請參閱下一頁瞭解關於這些範例的重要資訊。

生孩子 (正常分娩)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$7,540
- 計劃支付 \$
- 病患支付 \$

示例照護費用：

醫院收費（母親）	\$2,700
例行產科照護	\$2,100
醫院收費（嬰兒）	\$900
麻醉	\$900
實驗室測試	\$500
處方藥物	\$200
放射治療	\$200
疫苗、其他預防服務	\$40
總計	\$7,540

病患支付：

自付額	\$
共付額	\$
共同保險	\$
限額或非承保服務	\$
總計	\$

管理二型糖尿病 (現存病情的 例行護理)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$5,400
- 計劃支付 \$
- 病患支付 \$

示例照護費用：

處方藥物	\$2,900
醫療設備和用品	\$1,300
診所就診及步驟	\$700
教育	\$300
實驗室測試	\$100
疫苗、其他預防服務	\$100
總計	\$5,400

病患支付：

自付額	\$
共付額	\$
共同保險	\$
限額或非承保服務	\$
總計	\$

若有問題：請撥打1-800-[insert] 或造訪 [www.\[insert\]](http://www.[insert])。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 [www.\[insert\]](http://www.[insert]) 上的術語表或撥打 1-800-[insert] 索取一份。

關於承保範例的問答：

承保範例背後有哪些假設？

- 費用不包括**保費**。
- 示例照護費用的依據是美國衛生及人類服務部（HHS）提供的全國平均值，不具體針對某個特定地區或健康計劃。
- 病患的病症不是非承保或承保前的病症。
- 所有服務和治療都在同一個承保期限內開始和結束。
- 本計劃承保的任何成員都沒有任何其他醫療費用。
- 自付費用只基於治療範例中的病症。
- 病患接受的所有照護都由網絡內**醫療服務提供者**提供。如果病患接受了網絡外**醫療服務提供者**的照護，費用可能會更高。

承保範例顯示了什麼？

針對**每種**治療情況，承保範例有助於您瞭解**自付額**、**共付額**及**共同保險**加起來可能達到的總額，還有助於您瞭解，因**涉及**的服務或治療未承保或有限制，您可能要支付多少剩餘的費用。

承保範例是否可以預測我本人的照護需求？

✘

否。所顯示的各種治療只是範例。依據您的醫師建議、您的年齡、您的病症嚴重程度及許多其他因素，您因這種病症需要接受的照護可能有所不同。

承保範例是否可以預測我將來的花費？

✘**否**。承保範例**不是**費用估計表。您不能利用這些範例來估計實際病症的費用。這些範例僅用於比較目的。您本人的費用會有所不同，具體取決於您接受的照護、您的**醫療服務提供者**收費的價格及您的健康計劃允許的償付額。

我是否可以利用承保範例來比較各種計劃？

✓**是**。當您**查看**其他計劃的福利和承保範圍摘要時，您會發現同樣的承保範例。在您比較各種計劃時，請**檢查每個**範例的「病患支付」欄。該數字愈小，健康計劃提供的承保範圍愈大。

在比較各種計劃時，是否有我應該考慮的其他費用？

✓**是**。一項重要的費用是您支付的**保費**。一般而言，**保費**愈低，您將要支付的自付費用愈多，如**共付額**、**自付額**及**共同保險**。您還應該考慮為其他帳戶的供款，如幫助您支付自付費用的醫療儲蓄帳戶（HSA）、彈性支出帳戶（FSA）或健康給付帳戶（HRA）。

若有問題：請撥打1-800-[insert] 或造訪 [www.\[insert\]](http://www.[insert])。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 [www.\[insert\]](http://www.[insert]) 上的術語表或撥打 1-800-[insert] 索取一份。