




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，請的健康福利部 (530) 378-8200。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.healthcare.gov/sbc-glossary 查看詞彙表，或致電 (530) 378-8200 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	\$ 250 /個人或\$ 500 /家庭	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。通常，在開始支付此計劃之前，您必須支付提供者的所有費用，直至自付額。如果您在計劃中還有其他家庭成員，則每個家庭成員必須滿足自己的免賠額，直到所有家庭成員支付的可扣除費用總額達到整個家庭免賠額為止
在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內	是。達到自付額之前，已經進行了預防性護理	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。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	否。	針對特定服務，您不需要達到自付額。
此計劃的最大自付額是多少	個人\$ 2,000 /家庭\$ 4,000	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。
最大自付額不包含什麼	保費、差額收費、和該計劃未涵蓋的醫療保健	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.anthem.com/ca 或致電 (530) 378-8200 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	否。	您可以在沒有轉介的前提下至您選擇的專科醫生處就診。

 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	20% 共同保險	20% 共同保險	沒有
	至 專科醫生 處就診	20% 共同保險	20% 共同保險	沒有
	預防性照護/篩查/疫苗接 種	免費	不包括	您可能需要為預防性服務 付費。詢問您的 供應商 是 否需要預防性服務。然後 檢查您的 計劃 將要支付的 費用。
如果您進行檢測	診斷檢定 (X光、血液檢 測)	20% 共同保險	20% 共同保險	沒有
	造影 (CT/PET 掃描、 MRI)	20% 共同保險	20% 共同保險	
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 致電 (530) 378-8200	學名藥	20% 共同保險	不包括	會員必須向 計劃 提交處方 要求以進行報銷。
	優先原廠藥	40% 共同保險	不包括	
	糖尿病 (健康計劃)	0% 共同保險	不包括	
	專科藥物	40% 共同保險	不包括	
如果您進行門診 手術	設施費 (例如：非住院 手術中心)	20% 共同保險	20% 共同保險	非緊急情況下，非首選提 供者醫院使用會受到 25% 的罰款。
	醫師/外科醫生費用	20% 共同保險	20% 共同保險	沒有
	急診室照護	20% 共同保險	20% 共同保險	

[* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至參見[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)	
如果您需要立即就醫	緊急醫療交通	20% 共同保險	20% 共同保險	非緊急情況下，非首選提供者醫院使用會受到25%的罰款
	緊急照護	20% 共同保險	20% 共同保險	
如果您需要住院	設施費（例如：醫院病房）	20% 共同保險	20% 共同保險	住院住院需 要預先授權。非緊急情況下，非首選提供者醫院使用會受到 25% 的罰款。
	醫師/外科醫生費用	20% 共同保險	20% 共同保險	沒有
如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務	門診服務	20% 共同保險	20% 共同保險	唯一的藥物濫用福利是針對 EAP 計劃中的員工
	住院服務	20% 共同保險	20% 共同保險	住院住院需 要預先授權。非緊急情況下，非首選提供者醫院使用會受到 25% 的罰款。沒有濫用藥物的好處
如果您懷孕	辦公室就診	20% 共同保險	20% 共同保險	成本分攤 不適用於預防服務。產婦保健可能包括 SBC 其他地方描述的測試和服務（即超聲）。產津貼僅限於僱員和配偶。
	分娩專業服務	20% 共同保險	20% 共同保險	
	分娩設施服務	20% 共同保險	20% 共同保險	
	居家照護	20% 共同保險	20% 共同保險	

[* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至參見[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)	
如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求	復健服務	20% 共同保險	20% 共同保險	18 次訪問/ 12 個月。包括恢復性物理治療、言語治療和職業治療。註冊的護理服務，僅代替住院
	適應服務	不包括	不包括	沒有
	專業護理	20% 共同保險	20% 共同保險	註冊的護理服務，僅代替住院
	耐用醫療器材	20% 共同保險	20% 共同保險	僅限於在行政委員會的政策性耐用醫療設備上購買或租賃設備中的較小者。
	臨終關懷服務	不包括	不包括	沒有
如果您的子女需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查	20% 共同保險	20% 共同保險	\$ 200/24 個月的 80%
	兒童眼鏡	20% 共同保險	20% 共同保險	
	兒童牙科檢查	20% 共同保險	20% 共同保險	\$ 1,250 /年的 80%

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。）		
<ul style="list-style-type: none"> 針灸 整容手術 康復服務 	<ul style="list-style-type: none"> 臨終關懷服務 不孕治療 長期護理 	<ul style="list-style-type: none"> 私人護理

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。）		
<ul style="list-style-type: none"> 減肥手術（僅體重計劃） 整脊保健（每次就診\$ 50的80%。每12個月18次就診） 	<ul style="list-style-type: none"> 助聽器（每36個月\$ 500的80%） 在美國以外旅行時的非緊急護理。 	<ul style="list-style-type: none"> 常規足部護理 體重管理計劃（僅適用於員工和配偶）

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

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。）

- 牙科保健（成人）：每年 1,250 美元的 80%
- 例行眼保健（成人）：\$ 200/24 個月的 80%

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：勞工部的僱員福利保障管理總署電話：1-866-444-EBSA（3272）或 www.dol.gov/ebsa/healthreform。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：勞工部員工福利局（Department of Employee Benefits Security Administration），電話：1-866-444-EBSA（3272）或 www.dol.gov/ebsa/healthreform。此外，消費者援助計劃可以幫助您提起上訴。可在 http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer_assistance-Grants/ 上找到具有“消費者援助計劃”的州列表。

此計劃是否提供最低程度承保 是 Yes

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/ Yes

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 1-800-225-5254, customer code: 99937

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-225-5254, customer code: 99937

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-225-5254，客戶代碼：99937

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-225-5254, customer code: 99937

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	\$250
■ 專科醫生 [成本分攤]	\$0
■ 醫院 (設施) [成本分攤]	20%
■ 其他 [成本分攤]	20%

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	\$250
共付額	\$0
共同保險	\$1,750
不承保的項目	
限制或例外	\$60
Peg 將支付的總金額為	\$2,060

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	\$250
■ 專科醫生 [成本分攤]	\$0
■ 醫院 (設施) [成本分攤]	20%
■ 其他 [成本分攤]	20%

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	\$250
共付額	\$0
共同保險	\$980
不承保的項目	
限制或例外	\$230
Joe 將支付的總金額為	\$1,460

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	\$250
■ 專科醫生 [成本分攤]	\$0
■ 醫院 (設施) [成本分攤]	20%
■ 其他 [成本分攤]	20%

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	\$250
共付額	\$0
共同保險	\$510
不承保的項目	
限制或例外	\$0
Mia 將支付的總金額為	\$760

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。