

Balance by CCHP: Bronze 60 HMO



福利及承保範圍摘要 (SBC) 將有助於您挑選一份健康保險計劃。SBC 可顯示您及本計劃將如何分攤所承保的醫療服務費用。

注：有關本計劃的費用（稱為保費）將另行提供。

此是一份保障摘要。有關更多承保範圍的資訊，或取得承保範圍完整條款的副本，請致電1-888-775-7888。對於常用術語的一般定義，如允許金額，餘額結算，共付費，自付費，扣除額，提供者，或其它帶有下橫線的術語，請參閱詞彙表。您可以在www.healthcare.gov/sbc-glossary 瀏覽詞彙表，或致電 1-888-775-7888 索取副本。

重要問題	答案	原因:
什麼是整體扣除額?	\$6,300 (個人) \$12,600 (家庭)	通常，在此計劃開始支付前，您必需支付提供者的所有費用直到滿足扣除額。如果計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須支付扣除額，直達到所有家庭成員支付的扣除額總額達到整個家庭扣除額的金額為止。
在您滿足扣除額之前，這些服務是否已包括在內?	是，預防性服務及門診服務。	本計劃承保一些項目和服務，即使您尚未滿足扣除額的金額。但是，自付費或共付費可能適用。例如，本計劃承保特定的預防性服務不需要在您滿足扣除額之前費用分攤。請參閱所承保的預防性服務清單，在 www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits 。
特定服務有其它扣除額嗎?	是。\$500 (個人) / \$1,000 (家庭) 的 1, 2, 3 和 4 級處方藥。 此計劃沒有其他特定扣除額。	您必需支付這些服務的所有費用直到滿足特定的扣除額金額之後，這個計劃才開始支付這些服務。
這個計劃自付費限額是多少?	\$9,100 (個人) \$18,200 (家庭)	自付費限額是一年之內您為承保服務支付的最高金額。如還有其他家庭成員在本計劃中，他們必須滿足自己的自付費限額，直到達到整個家庭付費限額。
什麼是不包括在自付費限額之內?	保費、餘額結算及本計劃不保障之醫療服務。	即使您支付這些費用，但它們並不計算在自付費限額之內。
若您使用網絡內提供者會少付費用嗎?	是，請瀏覽 www.balancebycchp.com/provider-search 或致電1-888-775-7888索取一份網絡內提供者的名單。	本計劃使用一個提供者網絡。如果您使用本計劃網絡內提供者，您將支付較少。如果您使用網絡外提供者，您將支付較多，同時您可能收到來自提供者的帳單針對您的計劃所支付之間的差額(餘額結算)。請注意，您的網絡內提供者可能會顧用一位網絡外提供者來提供某些服務(如化驗室的工作)。在接受服務之前，請先向您的提供者查詢。
您需要轉介去看專科嗎?	是。	若在看專科前獲得轉介，本計劃將支付部分或全部保障看專科保障的服務費用。



若**扣除額**適用，本圖表顯示的所有**自付費**及**共付費**的費用在滿足**扣除額**後生效。

常見的醫療事件	您可能需要的服務	您將支付多少		限制，例外情況，以及其它重要的資訊
		網絡內提供者 (費用最少)	網絡外提供者 (費用最多)	
若您到訪一間醫療保健提供者的辦公室或診所	一般護理門診 治療受傷或疾病	\$60 自付費 /次 扣除額 適用於首 3 次 非預防性門診之後	不受保	無
	專科 門診	\$95 自付費 /次 扣除額 適用於首 3 次 非預防性門診之後	不受保	需要 預先核准
	預防性護理 / 檢查 / 疫苗接種	免費 不適用於 扣除額	不受保	您可能需要支付非 預防性護理 的服務。請詢問您的 提供者 您所需的服務是否 預防性護理 。然後查詢您 計劃 的保障範圍。
若您接受測試	診斷檢查 (X光, 驗血)	\$40 自付費 / 次(化驗) 不適用於 扣除額 40% 共付費 / 次(X光)	不受保	無
	造影 (電腦斷層 / 正電子掃描 · 磁力共振)	40% 共付費 / 次	不受保	無
若您需用藥物治療疾病或身體狀況 關於 處方藥物 保障的更多資訊可瀏覽 https://www.cchphealthplan.com/family-member	1 級 - 非商標藥物	\$17 自付費 / 處方藥 (零售) \$34 自付費 / 處方藥 (郵購)	不受保	保障最多至 30 天藥物供應 (零售) ; 31-90 天藥物供應 (郵購) 。 郵購處方的保障僅限於參與之藥房及東華醫院藥房。郵購不適用於 4 級 - 特殊藥物 。 若此類處方藥物與急救護理或緊急護理有關，我們會保障在網絡外藥房配取之處方藥物。 若您的處方藥物未列於處方藥物保障範圍中，則可以事先申請授權。
	2 級 - 首選商標藥物	40% 共付費 (最高至\$500) / 處方藥 (零售) 40% 共付費 (最高至\$1,500) / 處方藥 (郵購)	不受保	
	3 級 - 非首選商標藥物	40% 共付費 (最高至\$500) / 處方藥 (零售) 40% 共付費 (最高至\$1,500) / 處方藥 (郵購)	不受保	
	4 級 - 特殊藥物	40% 共付費 (最高至\$500) / 處方藥 (零售)	不受保	

[*有關更多限制及除外條款的資訊，請瀏覽 www.balancebycchp.com 查閱計劃或保單文件。]

若您接受門診手術	設施費用 (如門診手術中心)	40% <u>共付費</u> /次	不受保	需要 <u>預先核准</u>
	醫生 / 外科手術費用	40% <u>共付費</u> /次	不受保	
若您需要即時接受醫療協助	<u>急診室護理</u>	40% <u>共付費</u> /次	40% <u>共付費</u> /次	若住院則免除 <u>共付費</u>
	<u>緊急醫療運送</u>	40% <u>共付費</u> /程	40% <u>共付費</u> /程	無
	<u>緊急護理</u>	\$65 <u>自付費</u> /次 <u>扣除額</u> 適用於首 3 次 非預防性門診之後	\$65 <u>自付費</u> /次 <u>扣除額</u> 適用於首 3 次 非預防性門診之後	無
如果您需要住院	設施費用 (如醫院病房)	40% <u>共付費</u> /次	不受保	需要 <u>預先核准</u>
	醫生/外科醫生費用	40% <u>共付費</u> /次	不受保	需要 <u>預先核准</u>
若您因精神健康、行為健康或濫用藥物需要治療	門診服務	門診: \$60 <u>自付費</u> /次 <u>扣除額</u> 適用於首 3 次 非預防性門診之後 其它門診: 40% <u>共付費</u> (最高至 \$60)	不受保	其它門診服務包括: 精神科間歇性住院, 精神科深切門診治療, 藥物濫用日間治療, 及藥物濫用深切門診治療。
	住院服務	40% <u>共付費</u> /次	不受保	需要 <u>預先核准</u>
若您懷孕	門診服務	免費 不適用於 <u>扣除額</u>	不受保	<u>費用分攤</u> 不適用於 預防性服務。根據服務類型的不同, 可能需要繳交自付費。產婦護理可能包括本文其它地方所描述的測試及服務 (如超聲波)。
	分娩/生產專業服務	40% <u>共付費</u> /次	不受保	
	分娩/生產設施服務	40% <u>共付費</u> /次	不受保	
若您需協助康復或其它特別健康需要	<u>家居健康護理</u>	40% <u>共付費</u> /次	不受保	需要 <u>預先核准</u>
	<u>復康服務</u>	\$60 <u>自付費</u> /次 不適用於 <u>扣除額</u>	不受保	需要 <u>預先核准</u>
	<u>長期殘障協助</u>	\$60 <u>自付費</u> /次 不適用於 <u>扣除額</u>	不受保	需要 <u>預先核准</u>
	<u>專業護理服務</u>	40% <u>共付費</u> /次	不受保	需要 <u>預先核准</u> 每個日曆年僅保障 100 天
	<u>耐用醫療器材</u>	40% <u>共付費</u>	不受保	需要 <u>預先核准</u>

	寧養服務	免費 不適用於 扣除額	不受保	需要 預先核准
--	----------------------	-----------------------------	-----	-------------------------

若您的孩子需要 牙科及眼科護理	小孩的眼睛檢查	免費 不適用於 扣除額	不受保	每年度檢查 1 次
	小孩的眼鏡	免費 不適用於 扣除額	不受保	每年度 1 副 - VSP 兒科系列鏡框全額保障 (或以隱形眼鏡代替眼鏡)
	小孩的牙齒檢查	免費 不適用於 扣除額	不受保	每 6 個月檢查 1 次

排除的服務及其它承保的服務：

您的 計劃 一般不保障之服務 (請查閱您的保單或保險計劃文件了解其它 不受保服務 。)		
• 脊椎神經護理	• 助聽器	• 私人看護
• 整容手術	• 不孕症治療	• 例行眼部護理 (成人)
• 牙齒護理 (成人)	• 長期護理	• 日常足部護理
	• 非緊急護理 (在美國境外旅行時)	• 減肥計劃

其它保障服務 (此並非一份完整清單，這些服務可能有所限制，請查閱您的 計劃 文件。)	
• 針灸	• 減肥手術

您繼續獲得保障的權利：如果您的保險結束後想要保留保障，某些機構可以提供協助。那些機構的聯繫資訊為：加州醫療保健管理局 1-888-466-2219。其它保險的選項也可以提供給您，包括透過健保商場 [Marketplace](#) 購買個人保險。欲知更多資訊有關 [Marketplace](#) 的資訊，請瀏覽 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596。

您的投訴及申訴權利：如果您對您的 [計劃](#) 拒絕 [索償](#) 感到不滿，有些機構可以幫助您。這種不滿被稱為 [投訴](#) 或 [申訴](#)。有關您的權利更多的資訊，請參閱即將收到該醫療 [索償](#) 的福利說明。您的 [計劃](#) 文件還提供完整的資訊關於提出 [索償](#)，[申訴](#)，或 [投訴](#) 任何對於您的 [計劃](#) 不滿的理由。有關您的權利，本通知，或協助的更多資訊，請聯繫 Balance by CCHP 1-888-775-7888，透過 www.balancebycchp.com/grievance-appeal 提交申訴表格，或以書面形式 445 Grant Avenue, San Francisco, CA 94108 向 Balance by CCHP 提交申訴。如果您對 CCHP 有不滿，您也可以聯繫加州醫療保健管理局 1-888-466-2219 或 www.dmhc.ca.gov。

本計劃是否提供最低基本健保範圍？ 是

如果您長達一個月沒有 [最低基本健保範圍](#)，除非您有當月豁免健康保險要求的資格，您在報稅時將必須繳納費用。

本計劃是否滿足最低保障標準？ 是

如果您的 [計劃](#) 不符合 [最低保障標準](#)，您可能合資格獲得一項 [保費稅收抵免](#)，以幫助您透過 [Marketplace](#) 購買一份 [計劃](#)。

語言接通服務：

西班牙文 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-415-834-2118.

菲律賓語 (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-415-834-2118.

Chinese (中文): 如果需要中文幫助，請致電 1-415-834-2118。

印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-415-834-2118.

若要查看本計劃可能會如何承保病例費用的例子，請參閱下一節。

有關這些保險的例子：



這不是一份費用評估表。以下所顯示的治療僅為本計劃可能承保醫療護理的例子，這取決於您實際接受的護理，提供者收取的費用，以及許多其他因素，實際的費用會有所不同。請注視計劃的費用分攤的金額（扣除額，共付額及共付費）以及非保障服務。使用本資料來比較在不同的健康保險計劃下您可能應支付費用的部分。請注意這些保險的例子只限於個人保障。

佩琪要生小孩了

(9 個月的網絡內產前護理及住院生產)

■ 本計劃總扣除額	\$6,300
■ 專科醫生自付費	\$95
■ 醫院(設施) 自付費	40%
■ 其它共付費	40%

本事件例子所包括的服務如：

[專科醫生門診](#) (產前護理)
 分娩/生產專業服務
 分娩/生產設施服務
[診斷檢查](#) (超聲波及驗血)
[專科醫生門診](#) (麻醉)

例子總費用	\$12,700
-------	----------

在這例子中，佩琪應支付：

費用分攤	
扣除額	\$6,300
自付費	\$500
共付費	\$1,000
沒有承保的為	
限制或排除的	\$2,700
佩琪應支付的總金額為	\$10,500

管理喬的第二類型糖尿病

(一年網絡內例行控制良好狀況下的護理)

■ 本計劃總扣除額	\$6,300
■ 專科醫生自付費	\$95
■ 醫院(設施) 自付費	40%
■ 其它共付費	40%

本事件例子所包括的服務如：

[主診醫生門診](#) (包括疾病教學)
[診斷檢查](#) (驗血)
[處方藥物](#)
[耐用醫療器材](#) (血糖監測儀)

例子總費用	\$5,600
-------	---------

在這例子中，喬應支付：

費用分攤	
扣除額	\$2,300
自付費	\$200
共付費	\$1,200
沒有承保的為	
限制或排除的	\$20
喬應支付的總金額為	\$3,720

米雅的輕微骨折

(網絡內急診室門診及覆診)

■ 本計劃總扣除額	\$6,300
■ 專科醫生自付費	\$95
■ 醫院(設施) 自付費	40%
■ 其它共付費	40%

本事件例子所包括的服務如：

[急診室護理](#) (包括醫療用品)
[診斷檢查](#) (X 光)
[耐用醫療器材](#) (拐杖)
[復康服務](#) (物理治療)

例子總費用	\$2,800
-------	---------

在這例子中，米雅應支付：

費用分攤	
扣除額	\$2,400
自付費	\$0
共付費	\$0
沒有承保的為	
限制或排除的	\$40
米雅應支付的總金額為	\$2,440

本計劃將負責這些例子所承保服務的其它費用。