

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，或其它帶有下列橫線的術語，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?	\$0	請參閱以下的常見醫療事件表，關於您的服務費用本計劃所承保的金額。
在您滿足扣除額之前，這些服務是否已包括在內?	是，即使您尚未滿足扣除額的金額，所有服務均受保障。	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?	此計劃沒有其他特定扣除額。	您無需支付達扣除額以接受某些特定服務。
這個計劃自付費限額是多少?	\$8,700 (個人) \$17,400 (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	\$35 <u>自付費</u> / 次	不受保	無
	<u>專科</u> 門診	\$65 <u>自付費</u> / 次	不受保	需要 <u>預先核准</u>
	<u>預防性護理</u> / <u>檢查</u> / 疫苗接種	免費	不受保	您可能需要支付非 <u>預防性護理</u> 的服務。請詢問您的 <u>提供者</u> 您所需的服務是否 <u>預防性護理</u> 。然後查詢您 <u>計劃</u> 的保障範圍。
若您接受測試	<u>診斷檢查</u> (X光, 驗血)	\$40 <u>自付費</u> / 次 (化驗) \$75 <u>自付費</u> / 次 (X光)	不受保	無
	造影 (電腦斷層 / 正電子掃描 · 磁力共振)	\$75 <u>自付費</u> / 次	不受保	無
若您需用藥物治療疾病或身體狀況 關於 <u>處方藥物保障</u> 的更多資訊可瀏覽 www.balancebycchp.com/ find-a-pharmacy	1 級 - 非商標藥物	\$15 <u>自付費</u> / <u>處方藥</u> (零售) \$30 <u>自付費</u> / <u>處方藥</u> (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 - <u>特殊藥物</u> 。 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	\$60 <u>自付費</u> / <u>處方藥</u> (零售) \$120 <u>自付費</u> / <u>處方藥</u> (郵購)	不受保	
	3 級 - 非首選商標藥物	\$85 <u>自付費</u> / <u>處方藥</u> (零售) \$170 <u>自付費</u> / <u>處方藥</u> (郵購)	不受保	
	4 級 - <u>特殊藥物</u>	20% <u>共付費</u> 最高至\$250/ <u>處方藥</u> (零售)	不受保	

若您接受門診手術	設施費用 (如門診手術中心)	\$130 自付費 / 次	不受保	需要 預先核准
	醫生 / 外科手術費用	\$40 自付費 / 次	不受保	
若您需要即時接受醫療協助	急診室護理	\$350 自付費 / 次	\$350 自付費 / 次	若住院則免除 共付費
	緊急醫療運送	\$250 自付費 / 程	\$250 自付費 / 程	無
	緊急護理	\$35 自付費 / 次	\$35 自付費 / 次	無
如果您需要住院	設施費用 (如醫院病房)	\$330 自付費 / 日 (最長至首 5 天)	不受保	需要 預先核准
	醫生/外科醫生費用	免費	不受保	需要 預先核准
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: \$35 自付費 /次 其它門診: \$35 自付費 /次	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	\$330 自付費 / 日 (最長至首 5 天)	不受保	需要 預先核准
若您懷孕	門診服務	免費	不受保	費用分攤 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	免費	不受保	
	分娩/生產設施服務	\$330 自付費 / 日 (最長至首 5 天)	不受保	
若您需協助康復或其它特別健康需要	家居健康護理	\$30 自付費 / 次	不受保	需要 預先核准
	復康服務	\$35 自付費 / 次	不受保	需要 預先核准
	長期殘障協助	\$35 自付費 / 次	不受保	需要 預先核准
	專業護理服務	\$150 自付費 / 日 (最長至首 5 天)	不受保	需要 預先核准 每個日曆年僅保障 100 天
	耐用醫療器材	20% 共付費	不受保	需要 預先核准
	寧養服務	免費	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	不受保	每年度檢查 1 次
	小孩的眼鏡	免費	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)

[*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。]

	小孩的牙齒檢查	免費	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 <u>計劃</u> 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 <u>不受保服務</u> 。)		
• 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 <u>計劃</u> 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.dmh.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	\$0
■ 專科醫生自付費	\$65
■ 醫院(設施) 自付費	\$350/天(最長至首 5 天)
■ 其它 共付費	20%

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	\$0
自付費	\$1,000
共付費	\$0
沒有承保的為	
限制或排除的	\$2,700
佩琪應支付的總金額為	\$3,700

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	\$0
■ 專科醫生自付費	\$65
■ 醫院(設施) 自付費	\$350/天(最長至首 5 天)
■ 其它 共付費	20%

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	\$0
自付費	\$1,800
共付費	\$200
沒有承保的為	
限制或排除的	\$20
喬應支付的總金額為	\$2,020

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	\$0
■ 專科醫生自付費	\$65
■ 醫院(設施) 自付費	\$350/天(最長至首 5 天)
■ 其它 共付費	20%

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	\$0
自付費	\$1,200
共付費	\$50
沒有承保的為	
限制或排除的	\$40
米雅應支付的總金額為	\$1,290

本[計劃](#)將負責這些例子所承保服務的其它費用。