



福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件可幫助您選擇健康計劃。SBC 為您說明您及本計劃如何分攤承保健康照護服務的費用。附註：本計劃費用（稱為保費）的相關資訊會另行提供。

這只是摘要。請詳閱含有本計劃完整條款的 PSHB Plan 宣傳冊 (RI 71-020)。**所有福利均受 PSHB Plan 宣傳冊中所載釋義、限制及未承保福利約束。**如果您有類似 Medicare 的其他保險承保，則所享受的福利可能有所不同。如需常用術語的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險、共付額、自付額、醫療服務提供者或其他加上底線的術語，請參閱術語表。您可造訪 fepblue.org/brochure 取得 PSHB Plan 宣傳冊，術語表請見 www.opm.gov/healthcare-insurance/insurance-glossary/。您可撥打 1-800-411-2583 索取任一文件副本。

重要問題	答案	此事的重要性：
總自付額是多少？	個人的費用為每次 \$350 個人加一費用為每次 \$700 個人與家庭的費用為每次 \$700	一般而言，您必須支付所有的醫療服務提供者費用並達到自付額後，本計劃才開始付費。共付額和共同保險不計入您的自付額，自付額重新起始時間為 1 月 1 日。若承保服務 / 供應受限於自付額，僅有該服務 / 供應的保險計劃補助計入自付額。如果您有其他家人在本計劃內，他們也必須達到自己的自付額，直到所有家人支付的總自付額達到整體的家庭自付額為止。
在您達到自付額之前，是否有承保的服務？	是。在您達到自付額之前，預防照護及主要照護服務屬承保範圍。	即使您尚未達到自付額，本計劃仍會承保部分項目與服務。但可能要支付共付額或共同保險。
具體服務有其他自付額嗎？	否。	您無須達到自付額即可獲得特定服務。

本計劃的自付限額是多少？	對於<u>首選醫療服務提供者</u>的個人費用為 \$6,000 / 個人加一費用為 \$12,000 / 個人與家庭費用為 \$12,000；對於<u>非首選醫療服務提供者</u>的個人費用為 \$8,000 / 個人加一費用為 \$16,000 / 個人與家庭費用為 \$16,000	<u>自付限額</u>或<u>重大疾病最高限額</u>，是您於一年承保期內可能為承保服務支付的最高金額。如果您有其他家人參加本計劃，他們也必須達到自己的<u>自付限額</u>，直到整體的家庭<u>自付限額</u>已達到為止。
什麼不包括在自付限額中？	<u>保費</u>、<u>差額收費</u>、本計劃不予承保的健康照護及未獲預先授權而使用服務的罰款。	雖然您支付這些費用，但這些費用不計入<u>自付限額</u>中。
如果使用<u>網路內醫療服務提供者</u>，是否會支付較低費用？	是。參閱 provider.fepblue.org 或聯絡您當地的 BCBS 公司，取得<u>網路內醫療服務提供者清單</u>。	本計劃使用一個醫療服務提供者網絡。如果使用計劃的<u>網路內醫療服務提供者</u>，您可支付較低費用。如果您使用<u>網路外醫療服務提供者</u>，將支付大部分費用，且可能會收到<u>醫療服務提供者</u>針對<u>醫療服務提供者</u>收費及本計劃支付費用兩者間落差（差額）所開立的帳單。請注意，您的<u>網路醫療服務提供者</u>可能使用<u>網路外醫療服務提供者</u>提供某些服務（例如化驗）。在取得服務前，請先向<u>醫療服務提供者</u>查證。
我是否需要經由<u>轉介</u>才能看<u>專科醫生</u>？	否。	您無需<u>轉介</u>即可向自己選擇的<u>專科醫生</u>求診。



本表顯示的所有共付額及共同保險費用，均為您達到自付額後的費用（如適用自付額）。

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
如果您去一家健康 照護醫療服務提供 者的診間或診所就 診	治療受傷或生病的基礎照 護就診	每次就診費用為 \$30。自付額不適 用。	35% 共同保險	與意外傷害相關且於發生後 72 小時內 獲得的照護為免費。
	專科醫師就診	每次就診費用為 \$40。自付額不適 用。	35% 共同保險	無
	預防照護 / 篩檢 / 疫苗接種	不收費。自付額不 適用。	35% 共同保險	您可能需要支付非預防服務的費用。請 詢問醫療服務提供者，所需的服務是否 屬於預防服務。然後確認您計劃的支付 項目。
如果您要做檢查	診斷檢查 (X 光、驗血)	15% 共同保險	35% 共同保險	無
	成像 (CT/PET 掃描、 MRI)	15% 共同保險	35% 共同保險	無

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
如果您需要使用藥物來治療疾病或病症 fepblue.org/formulary 提供關於處方藥物承保範圍的更多資訊	層級 1 (非品牌藥)	零售：每次處方藥物 (30 天供藥) 的費用為 \$7.50 郵購服務：每次處方藥物的費用為 \$22.50。 <u>自付額</u> 不適用。	平均批發價格 (AWP) 的 45% <u>自付額</u> 不適用。	零售：每次處方藥物 31 至 90 天供藥的費用為 \$22.50
	層級 2 (首選品牌藥)	零售：30% <u>共同保險</u> 郵購服務：每次處方藥物的費用為 \$140。 <u>自付額</u> 不適用。	平均批發價格 (AWP) 的 45% <u>自付額</u> 不適用。	零售：最多 90 天供藥
	層級 3 (非首選品牌藥)	零售：50% <u>共同保險</u> 郵購服務：每次處方藥物的費用為 \$175。 <u>自付額</u> 不適用。	平均批發價格 (AWP) 的 45% <u>自付額</u> 不適用。	零售：最多 90 天供藥 特定處方藥需獲得事先批准。

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
	層級 4 (首選 <u>專用藥</u>)	零售: 30% <u>共同保險</u> (30 天供藥) 專科藥房: 每次處方藥物 (30 天供藥) 的費用為 \$100; 每次處方藥物 (31 至 90 天供藥) 的費用為 \$300。自付額不適用。	平均批發價格 (AWP) 的 45% <u>自付額</u> 不適用。	零售: 一次取藥限制 專門藥房: 90 天供藥僅可在第 3 次取藥後獲得 特定處方藥需獲得事先批准。
	層級 5 (非首選 <u>專用藥</u>)	零售: 30% <u>共同保險</u> (30 天供藥) 專科藥房: 每次處方藥物 (30 天供藥) 的費用為 \$135; 每次處方藥物 (31 至 90 天供藥) 的費用為 \$405。自付額不適用。	平均批發價格 (AWP) 的 45% <u>自付額</u> 不適用。	零售: 一次取藥限制 專門藥房: 90 天供藥僅可在第 3 次取藥後獲得 特定處方藥需獲得事先批准。
如果您要做門診手術	設施費 (如: 門診手術中心)	15% <u>共同保險</u>	成員和非成員設施的 <u>共同保險</u> 為 35%	特定手術服務須獲得事先批准
	醫師 / 外科醫師費	15% <u>共同保險</u>	35% <u>共同保險</u>	特定手術服務須獲得事先批准

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
如果您需要立即獲得醫療照護	<u>急診室照護</u>	15% <u>共同保險</u>	15% 共同保險	意外傷害發生的 72 小時內可獲免費照護。
	<u>緊急醫療運送</u>	每天的費用為 \$100。 <u>自付額</u> 不適用。	每天的費用為 \$100。 <u>自付額</u> 不適用。	航空或海上救護：每天 \$150 意外傷害發生的 72 小時內可獲免費照護。
	<u>緊急照護</u>	每次就診費用為 \$30。 <u>自付額</u> 不適用。	35% <u>共同保險</u>	意外傷害發生的 72 小時內可獲免費照護。
如果您要住院	設施費（如醫院病房）	每次入院費用為 \$350。 <u>自付額</u> 不適用。	每次入院費用為 \$450 加上 35% 共同保險。 <u>自付額</u> 不適用。	住院需預先認證。如果無人聯絡我們取得預先認證，我們將減少 \$500 的住院照護福利。
	醫師 / 外科醫師費	15% <u>共同保險</u>	35% <u>共同保險</u>	特定手術服務須獲得事先批准

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
如果您需要精神健康、行為健康或濫用藥物治療服務	門診服務	專業服務每次就診費用為 \$30。 <u>自付額</u> 不適用。其他門診服務 15% <u>共同保險</u>	35% <u>共同保險</u>	無
	住院病患服務	專家服務不收費；每次入院的設施照護費用為 \$350。 <u>自付額</u> 不適用。	專家服務的共同保險為 35%；設施照護費用的 <u>共同保險</u> 為 35%。 <u>自付額</u> 不適用。	住院需預先認證。如果無人聯絡我們取得預先認證，我們將減少 \$500 的住院照護福利。
如果您懷孕	診所就診	不收費。 <u>自付額</u> 不適用。	35% <u>共同保險</u>	費用分攤不適用於預防服務。產科照護可能包括 SBC 其他地方所述的檢查與服務（即超音波）。
	生產 / 分娩專業服務	不收費。 <u>自付額</u> 不適用。	35% <u>共同保險</u>	無
	生產 / 分娩設施服務	不收費。 <u>自付額</u> 不適用。	35% <u>共同保險</u>	無
	<u>家居健康照護</u>	15% <u>共同保險</u>	35% <u>共同保險</u>	每個曆年限 50 次就診

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	<u>復健服務</u>	門診心臟復健：15% 共同保險 物理治療、職能治療、語言治療與認知治療：每次主要照護提供者就診的費用為 \$30，每次就診（專家）的費用為 \$40。 <u>自付額</u> 不適用。	35% <u>共同保險</u>	每個曆年限 75 次就診。包括理療、職業療法及語言治療。
	<u>能力創健服務</u>	每次主要照護提供者就診的費用為 \$30；每次就診（專家）的費用為 \$40。 <u>自付額</u> 不適用。	35% <u>共同保險</u>	每個曆年限 75 次就診。承保範圍限於物理治療、職能治療和語言治療。
	<u>專業護理照護</u>	\$175。 <u>自付額</u> 不適用。	\$275 加 35% <u>共同保險</u> 。 <u>自付額</u> 不適用。	沒有 Medicare A 部分的會員有 30 天的就診限制。 入院前需要預先核准。必須符合其他標準。
	<u>耐用醫療設備</u>	15% <u>共同保險</u>	35% <u>共同保險</u>	無

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
	<u>安寧護理服務</u>	不收費。 <u>自付額</u> 不適用。	傳統居家安寧護理服務（會員 / 非成員設施）：每次 \$450 共付額。 <u>自付額</u> 不適用。 連續居家安寧護理服務和住院照護（會員設施）：每次 \$450。 <u>自付額</u> 不適用。 連續居家安寧護理服務和住院照護（非會員設施）：每次住院 \$450 加上 35% <u>共同保險</u> 。 <u>自付額</u> 不適用。	入住持有住院善終機構牌照的設施，可享受最多連續 30 天的住院福利。
如果您的孩子需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查	每次就診費用為 \$30（主要照護）。 <u>自付額</u> 不適用；每次就診為 \$40（專家）。 <u>自付額</u> 不適用。	35% <u>共同保險</u>	承保範圍僅限於與特定病症治療有關的檢查。
	兒童眼鏡	15% <u>共同保險</u>	35% <u>共同保險</u>	特定病症的處方每次僅限給付一副眼鏡

一般醫療事件	您可能需要的服務	將支付的費用		限額、例外情況及其他重要資訊
		網路內醫療服務提供者 (您將支付最低的費用)	網路外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
	兒童牙科檢查	最大年齡為 13 歲： \$12 與允許最高收費 (MAC) 之間的差額。 <u>自付額</u> 不適用。 13 歲及以上：\$8 與 允許最高收費 (MAC) 之間的差額。 <u>自付額</u> <u>不適用</u> 。	所有超出收費表金額的 費用。 <u>自付額</u> 不適用。	每個曆年僅限承保兩位人士。

非承保服務及其他承保的服務：

您的計劃通常不承保的服務（詳細資訊及其他非承保服務清單，請查閱您的 PSHB Plan 宣傳冊。）

- 美容手術
- 私人看護
- 商業減重計劃
- 長期照護
- 例行眼科照護

其他承保服務（服務可能適用限制。這不是完整清單，請查閱您的 PSHB Plan 宣傳冊。）

- 針灸服務（每個曆年限 24 次就診）
- 牙科照護
- 在美國境外旅行時的非急救照護
- 減肥手術
- 助聽器
- 例行足部照護，如果您正接受新陳代謝或
周邊血管疾病的積極治療
- 整脊照護（每個曆年限 12 次就診）
- 不孕症治療

您繼續獲得承保項目的權利：如果您想要在承保結束後繼續該承保範圍，您可以獲得協助。請參閱 PSHB Plan 宣傳冊、聯絡您的人力資源辦公室 / 退休系統，撥打您 ID 卡背面的電話號碼或造訪 <https://health-benefits.opm.gov/ps hb> 聯絡您的計劃提供者。一般而言，如果您失去計劃的承保範圍，屆時（視乎情況而定）您可享有為期 31 天的免費延期保障、轉換保單（非 PSHB 個人保單）、配偶權益保障或臨時繼續保

障 (TCC)。還可為您提供其他承保方案選擇，包括透過健康保險交易市場購買個人保險承保範圍。如需交易市場的詳細資訊，請造訪 www.HealthCare.gov 或撥打 1-800-318-2596。

您的申訴及上訴權利：如果您對計劃拒絕給付理賠感到不滿意，您可以提出上訴。瞭解有關您的上訴權的更多資訊，請查看您的 PSHB Plan 宣傳冊第 3 節「如何獲得照護」及第 8 節「爭議索賠程序」。如需幫助，您可撥打您會員 ID 卡背面的客戶服務電話號碼，聯絡當地的 BCBS 公司。

本計劃是否有提供最低基本保障？ 是

最低基本保障通常包含計劃、透過交易市場或其他個別市場保單取得的健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE，以及特定其他保險。如果您符合特定最低基本保障類型，您便可能不符合保費抵稅優惠資格。

本計劃是否提供最低價值標準？ 是

如果您的計劃不提供最低價值標準，則您可能符合保費抵稅優惠的資格，以協助您支付透過交易市場取得之計劃的費用。

語言服務：

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.]

[Chinese (中文): 請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。]

[Navajo (Dine): Diné k'ehjí yá'áti' bee shíká'adoowoł nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahtinígíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich'í dahodoolnih.]

若要查看本計劃可能如何承保示例病情之費用的範例，請參閱下一節。

關於這些承保範例：



這不是費用估算表。顯示的治療僅為本計劃可能承保醫療照護狀況的範例。實際費用將會依您接受的實際照護、醫療服務提供者收取的價格，以及其他多項因素而有所出入。著重於本計劃中的費用分攤金額（自付額、共付額和共同保險）及非承保服務。使用此資訊比較您在不同的健康計劃中可能需要支付的費用比例。請注意：這些承保範例是以自己單人投保為基礎。

Peg 即將生產

(9 個月的網路內產前護理與醫院分娩)

■ 本計劃的整體 <u>自付額</u>	\$350
■ <u>專家 [費用分攤]</u>	\$40
■ 醫院 (設施) <u>[費用分攤]</u>	\$350
■ 其他 <u>[費用分攤]</u>	15%

此範例事件包括的服務如：

專科醫生診所就診 (產前照護)
 生產 / 分娩專業服務
 生產 / 分娩設施服務
 診斷檢查 (超音波及驗血)
 專科醫生就診 (麻醉)

範例總費用	\$12,700
-------	----------

在本範例中，Peg 需支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$30
共同保險	\$0

管理 Joe 的第 2 型糖尿病

(病情控制良好並接受一年的網路內例行照護)

■ 本計劃的整體 <u>自付額</u>	\$350
■ <u>專家 [費用分攤]</u>	\$40
■ 醫院 (設施) <u>[費用分攤]</u>	\$350
■ 其他 <u>[費用分攤]</u>	15%

此範例事件包括的服務如：

基層醫療醫師診所就診 (包括疾病教育)
 診斷檢查 (驗血)
 處方藥物
 耐用醫療設備 (血糖儀)

範例總費用	\$5,600
-------	---------

在本範例中，Joe 需支付：

費用分攤	
自付額	\$350
共付額	\$1,300
共同保險	\$400

Mia 的輕微骨折

(網路內急診室就診及追蹤照護)

■ 本計劃的整體 <u>自付額</u>	\$350
■ <u>專家 [費用分攤]</u>	\$40
■ 醫院 (設施) <u>[費用分攤]</u>	\$350
■ 其他 <u>[費用分攤]</u>	15%

此範例事件包括的服務如：

急診室照護 (包括醫療用品)
 診斷檢查 (X 光)
 耐用醫療設備 (拐杖)
 復健服務 (物理治療)

範例總費用	\$2,800
-------	---------

在本範例中，Mia 需支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$360
共同保險	\$60

本計劃會負擔這些「範例」承保服務的其他費用。

哪些項目不承保		哪些項目不承保		哪些項目不承保	
限額或不承保的服務	\$60	限額或不承保的服務	\$20	限額或不承保的服務	\$0
Peg 總共需支付	\$90	Joe 總共需支付	\$2,070	Mia 總共需支付	\$420