




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。

這只是一份摘要。請詳閱含有本計劃完整條款的 FEHB Plan 宣傳冊([RI 71-005])。所有福利均受 FEHB 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、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 FEHB Plan 宣傳冊，於 www.dol.gov/ebsa/healthreform 檢視術語表。您可撥打 1-800-411-2583 索取任一文件副本。

重要問題	答案	重要之因：
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。共付額和共同保險金額不會計入您的自付額內，這一般是在1月1日開始。如果一項承保的服務/供應用品是受制於自付額，僅有計劃對該服務/供應用品的津貼會計入自付額。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。
您達到自付額之前，本計劃是否承保這些服務？	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。但可能適用共付額或共同保險。
具體服務有其他自付額嗎？	否。	有關特定服務，您無須達到自付額。
什麼是本計劃的自付限額？	首選醫療服務提供者的個人費用為 \$5,000 / 個人加一費用為 \$10,000 / 個人與家庭費用為 \$10,000；非首選醫療服務提供者的個人費用為 \$7,000 / 個人加一 / 或個人與家庭費用為 \$14,000。	自付限額或重大疾病最高限額，是您於一年承保期內可能為承保服務支付的最高金額。如果您有其他家人在本計劃內，他們也必須達到自己的自付限額，直到整體的家庭自付限額已達到為止。
什麼不包括在自付限額中？	保費、差額收費及本計劃不予承保的健康照護，以及沒有為服務取得事先授權的罰金。	雖然您支付這些費用，但不計入自付限額中。

如果使用網絡內醫療服務提供者，是否可支付較低費用？	是。參閱 provider.fepblue.org 或聯絡您當地的 BCBS 公司，取得網絡內醫療服務提供者名單。	本計劃使用一個醫療服務提供者網絡。如果使用計劃的網絡內醫療服務提供者，您可支付較低費用。如果您使用網絡外醫療服務提供者，會支付最多的費用，且可能會收到醫療服務提供者針對醫療服務提供者收費及本計劃支付費用兩者之落差（差額）所開立的帳單。請注意，您的網絡醫療服務提供者可能使用網絡外的醫療服務提供者提供某些服務（例如化驗）。在取得服務前，請先向醫療服務提供者洽詢。
我需要轉介才能請專科醫生看診嗎？	否。	您無需轉介即可請自己選擇的專科醫生看診。

 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）。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限額、例外情況其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (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所	治療受傷或生病的主要照護就診	每次就診的費用為 \$25。自付額不適用。	35% 共同保險	無
	專科醫生看診	每次就診的費用為 \$35。自付額不適用。	35% 共同保險	無
	預防照護／篩查／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服務是否為預防服務。然後確認計劃的支付項目。
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

普通醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限額、例外情況其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
如果您需用藥物來治療生病或病症 fepblue.org/pharmacy 提供關於 <u>處方藥物承保範圍</u> 的更多資訊	層級 1 (非品牌藥)	零售：每次處方藥的費用為 \$7.50(30 天供藥) 郵購服務：每次處方藥的費用為 \$15。 <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\$22.50, 31 天至 90 天的供藥
	層級 2 (首選品牌藥)	零售：30% <u>共同保險</u> 郵購服務：每次處方藥的費用為 \$90。 <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 天的供藥
	層級 3 (非首選品牌藥)	零售：50% <u>共同保險</u> 郵購服務：每次處方藥的費用為 \$125。 <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 天的供藥 特定處方藥需獲得事先批准。
	層級 4 (首選專用藥)	零售：30% <u>共同保險</u> (30 天供藥) 專門藥房：每次處方藥的費用為 \$65 (30 天供藥)； 每次處方藥的費用為 \$185 (31 天至 90 天供藥)。 <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: 僅限取藥一次 專門藥房: 90 天供藥僅可在第 3 次取藥後獲得 (專門藥房) 特定處方藥需獲得事先批准。
	層級 5 (非首選專用藥)	零售：30% <u>共同保險</u>	平均批發價格 (AWP) 的 45% <u>自付額</u> 不適用。	零售: 僅限取藥一次

普通醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限額、例外情況其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
		專門藥房：每次處方藥的費用為 \$85 (30 天供藥)； 每次處方藥的費用為 \$240 (31 至 90 天供藥)。自付額不適用。		專門藥房: 90 天供藥僅可在第 3 次取藥後獲得 (專門藥房) 特定處方藥需獲得事先批准。
如果您要做門診手術	設施費 (如流動手術中心)	15% 共同保險	成員和非成員設施的共同保險為 35%	特定手術服務須獲得事先批准
	醫師/外科醫師費	15% 共同保險	35% 共同保險	特定手術服務須獲得事先批准
如果您需要立即獲得醫護	急診室護理	15% 共同保險	15% 共同保險	意外傷害發生的 72 小時內可獲免費照護。
	緊急醫療運送	每天的費用為 \$100。自付額不適用。	每天的費用為 \$100。自付額不適用。	航空或海上救護：每天的費用為 \$150 意外傷害發生的 72 小時內可獲免費照護。
	緊急照護	每次就診費用為 \$30。自付額不適用。	35% 共同保險	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。自付額不適用。	每次入院費用為 \$450 加上 35% 共同保險。自付額不適用。	住院需取得預先認證。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% 共同保險	35% 共同保險	特定手術服務須獲得事先批准

普通醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限額、例外情況其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (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服務	門診服務	專業服務每次就診費用為 \$25。 <u>自付額</u> 不適用。其他門診服務的 <u>共同保險</u> 為 15%	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 <u>共同保險</u> 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。產婦保健可能包括 SBC 其他地方描述的測試和服務（即超聲波）。
	生產／分娩專家服務	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
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	<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
	<u>復健服務</u>	門診心臟康復就診：15% <u>共同保險</u> 理療、職業療法、語言及認知治療：每次主要照護提供者就診的費用為 \$25；每次就診（專家）的費用為 \$35。 <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>復健服務</u>	每次主要照護提供者就診的費用為 \$25；每次就診（專	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。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限額、例外情況其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
		家) 的費用為 \$35。自付額不適用。		
	<u>專業護理照護</u>	\$175。自付額不適用。	\$275 加 35% 共同保險 自付額不適用。	對於沒有 Medicare Part A 的成員限就診 30 天。 入院前需要事先認證。必須符合額外的資格。
	<u>耐用醫療設備</u>	15% 共同保險	35% 共同保險	無
	<u>安寧護理服務</u>	不收費。自付額不適用。	傳統居家安寧護理服務 (會員/非會員設施)：每人次的費用為 \$450 共付額。自付額不適用。 連續居家安寧護理服務和住院照護 (會員設施)：每人次的費用為 \$450。自付額不適用。 連續居家安寧護理服務和住院照護 (非會員設施)：每次入院費用為 \$450 加上 35% 共同保險 自付額不適用。	所有善終服務均須獲得事先批准。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 \$25 (主要照護)。自付額不適用。 每次就診費用為 \$35 (專家)。自付額不適用。	35% 共同保險	承保範圍僅限於與特定病症治療有關的檢查
	兒童眼鏡	15% 共同保險	35% 共同保險	特定病症的處方每次僅限給付一副眼鏡

普通醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限額、例外情況其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付大部分費用，且可能會收到差額帳單)	
	兒童牙齒檢查	最大年齡為 13 歲： \$12 與允許最高收費 (MAC) 之間的差額。 自付額不適用。 13 歲及以上：\$8 與 允許最高收費 (MAC) 之間的差額。自付 額不適用。	所有超出收費表金額的 費用。自付額不適用。	每個曆年僅限承保兩位人士。

非承保的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名單，請查閱您的計劃 FEHB 計劃 宣傳冊。）		
<ul style="list-style-type: none"> • 美容手術 • 不孕不育治療 	<ul style="list-style-type: none"> • 長期照護 • 私人看護 	<ul style="list-style-type: none"> • 例行眼科照護（成人） • 減肥計劃

其他承保服務（服務可能適用限制。這不是完整名單，請查閱您的計劃 FEHB 計劃 宣傳冊。）		
<ul style="list-style-type: none"> • 針灸服務（每個曆年限 24 次就診） • 減肥手術 • 整脊照護（每個曆年限 12 次就診） 	<ul style="list-style-type: none"> • 牙科照護（成人） • 助聽器 	<ul style="list-style-type: none"> • 在美國境外旅行時的非緊急照護 • 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

您繼續承保範圍的權利：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 FEHB Plan 宣傳冊、聯絡您的人力資源辦公室／退休系統、撥打 [聯絡電話號碼] 或造訪 www.opm.gov/insure/health 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）您可享受有為期 31 天的免費延期保障、轉換保單（非 FEHB 個人保單）、配偶權益保障或獲得臨時繼續保障 (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，請查看您計劃的 FEHB 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，您可以聯絡: [insert applicable contact information from instructions].

本計劃是否提供最低基本承保？ [是]

最低基本承保通常包括計劃、可通過交易市場或其他個別市場政策獲得的健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和某些其他承保。如果您有資格獲得某些類型的「最低基本保險」，則您可能沒有資格獲得高級稅收抵免。

這項計劃是否提供最低價值標準？ [是]

如果您的計劃不符合最低價值標準，則您可能符合保費稅額抵免優惠的資格，可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'ehji yá'áti' bee shíká'adoowł nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidahtinígíí bine'déé' Customer Service bibéesh bee hane'é biká'ígíí bich'i' dahodoolnih.]

若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一節。

關於這些承保範例：



這不是一份費用估計表。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 要生小孩了

(9 個月內網絡內產前護理與醫院分娩)

■ 本計劃的總自付額	\$350
■ 專家 [費用分擔]	\$35
■ 醫院 (設施) [費用分擔]	\$350
■ 其他 [費用分擔]	15%

範例事件包括的服務如：

專科醫生診所就診 (產前照護)
生產/分娩專家服務
生產/分娩設施服務
診斷檢查 (超音波及驗血)
專家就診 (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	\$20
共同保險	\$0
哪些項目不屬於承保範圍	
限額或非承保服務	\$60
Peg 的總付款為	\$80

管理 Joe 的第 2 型糖尿病

(病情控制良好的一年例行網絡內護理)

■ 本計劃的總自付額	\$350
■ 專家 [費用分擔]	\$35
■ 醫院 (設施) [費用分擔]	\$350
■ 其他 [費用分擔]	15%

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	\$400
共同保險	\$1000
哪些項目不屬於承保範圍	
限額或非承保服務	\$20
Joe 的總付款為	\$1,770

Mia 的單純骨折

(網絡內急診室就診及追蹤照護)

■ 本計劃的總自付額	\$350
■ 專家 [費用分擔]	\$35
■ 醫院 (設施) [費用分擔]	\$350
■ 其他 [費用分擔]	15%

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	\$350
共付額	\$4000
共同保險	\$100
哪些項目不屬於承保範圍	
限額或非承保服務	\$0
Mia 的總付款為	\$850