



「福利和承保範圍摘要」(SBC)文件將助您選擇健康計劃。SBC為您說明您和本計劃將如何分擔所承保的醫療服務的費用。注意：有關本計劃的費用（稱為保險費）的資訊將另外予以提供。本文件僅為摘要。如需更多有關您承保範圍的資訊，或欲取得完整的承保範圍條款的副本，請致電 1-800-730-8445 或瀏覽 <https://policy-srv.box.com/s/8vykrmmvfdyturcxrukdrum3yg1b8j4>。如需一般常見術語定義，例如：允許額、差額賬單、共同保險、共付額、自付額、提供者，或其他帶底線的術語，請參閱「Glossary」（術語表）。

您可以訪問 <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-chinese.pdf> 上的「Glossary」（術語表）或致電 1-855-756-4448 索取副本。

重要問題	答案	重要原因：
什麼是總自付額？	網絡內： \$4,000 為個人支付/\$8,000 為家庭支付 網絡外： \$8,000 為個人支付/\$16,000 為家庭支付	一般而言，您向提供者支付的全部費用必須達到自付額金額，本計劃才開始支付費用。如果您將其他家庭成員列入計劃，每位家庭成員必須達到其各自的個人自付額，直至由所有家庭成員支付自付額費用的總金額達到家庭總自付額為止。
在您達到您的自付額之前，是否有承保的服務？	是。在您達到您的自付額前，收取共付額的某些預防性照護和服務予以承保。	即使您尚未達到自付額金額，本計劃也承保某些項目及服務。但可能適用共付額或共同保險。例如：在無分攤費用情況下，且在您達到您的自付額之前，本計劃承保某些預防性服務。請訪問 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ ，查看承保預防性服務的清單。
一些特定服務是否有其他自付額？	是。網絡內和網絡外醫院住院自付額為 \$500。沒有其他特定的自付額。	您為這些服務支付的全部費用必須達到特定的自付額金額，本計劃才會開始支付您所使用服務的費用。
什麼是本計劃的自付限額？	網絡內： \$6,500 為個人支付 / \$13,000 為家庭支付 網絡外： \$13,000 為個人支付 / \$26,000 為家庭支付	自付限額是指您在一年內為所承保服務支付的最高金額。如果您將其他家庭成員列入本計劃，他們必須達到自己的自付限額，直至達到家庭總自付限額為止。
哪些費用不計入自付限額？	保險費、收費差額，以及本計劃不予承保的醫療服務費用。	雖然您支付這些費用，但其不會被計入自付限額。
如果您使用網絡提供者，您是否會支付較少的費用？	是。請訪問 www.bcbsil.com/licensees 或撥打 1-800-730-8445，以取得網絡提供者清單。	本計劃採用提供者網絡。如果您使用本計劃網絡內的提供者，您將會支付較少的費用。如果您使用網絡外提供者，您將會支付最高的費用，而且您可能收到提供者針對提供者的收費與您計劃所支付的費用之間差額的帳單（差額賬單）。請注意，您的網絡提供者可能使用網絡外提供者所提供的某些服務（例如：檢測服務）。請在您接受服務之前諮詢您的提供者。
您是否需要轉介才能由專科就診？	否。	您無需轉介，即可前往您選擇的專科就診。



如自付額適用，本表所示的所有的共付額及共同保險費用均為達到您的自付額之後的費用。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內提供者 (您將支付最低的費用)	網絡外提供者 (您將支付最高的費用)	
如果您到訪一家醫療服務提供者的診所或診所就診	治療傷害或疾病的主要照護門診	每次門診 \$30; 不適用自付額	50% 共同保險	虛擬門診; 每次門診共付額為 \$10, 不適用自付額。詳情請參閱福利手冊。
	專科門診	每次門診 \$30; 不適用自付額	50% 共同保險	無
	預防性照護/篩檢/免疫	不收費; 不適用自付額	50% 共同保險	您可能必須為非預防性的服務支付費用。請向您的提供者查詢所需的服務是否為預防性。然後, 查看您的計劃將為之付費的服務。
如果您需要做檢查	診斷檢查 (X光、驗血)	20% 共同保險	50% 共同保險	無
	成像 (CT/PET 掃描、MRI)	20% 共同保險	50% 共同保險	建議高收費/高技術程序取得事先批准。
如果您需要治療疾病或病症的藥物 如需更多關於處方藥承保範圍的資訊, 請訪問 www.express-scripts.com/mcdonalds 也可以撥打 1-877-783-2268。 處方藥物承保範圍由壽險公司 Fidelity Security Life Insurance Company 發佈。	仿製藥	零售為 \$10 共付額 / 郵寄為 \$25 共付額	在零售藥房支付 100%, 然後將填妥的索賠表交給 Express Scripts (ESI)	承保最多 30 天的零售藥量; 最多 90 天的郵寄藥量【快捷藥方公司 (Express Script's) 或沃爾格林公司 (Walgreen's)】。預防性藥物共付額為「\$0.00」。
	首選品牌藥	40% 共同保險, 其中零售最低為 \$50, 最高為 \$300 40% 共同保險, 其中郵寄最低為 \$125, 最高為 \$750	在零售藥房支付 100%, 然後將填妥的索賠表交給 Express Scripts (ESI)	持續配藥達到 2 次之後, 會員必須取得 90 天的郵寄藥量的處方。您必須支付所示的處方藥共付額, 直至達到自行付費上限及處方藥自付額。在此之後, 此計劃支付 100% 的允許處方藥費用。
	非首選品牌藥	50% 共同保險, 其中零售最低為 \$100, 最高為 \$500 50% 共同保險, 其中郵寄最低為 \$250, 最高為 \$1250	在零售藥房支付 100%, 然後將填妥的索賠表交給 Express Scripts (ESI)	有些用來治療複雜病症的專用藥 (各次配藥), 包括首次配藥, 只能從 Accredo (ESI 的專用藥藥房) 獲取。
	專用藥	和零售的分攤費用相同。	和零售的分攤費用相同。	仿製藥與品牌藥之間的任何成本差額將適用於自付額或自行付費上限。適用的分攤費用 (按層級計算) 及仿製藥和品牌藥之間的成本差額絕不超過藥物總成本。

* 如需更多有關限制及例外的資訊, 請參閱網站上的計劃或保單文件, 網址:

<https://policy-srv.box.com/s/8vykrmmvfdyturcxrukdrum3yg1b8j4>.

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內提供者 (您將支付最低的費用)	網絡外提供者 (您將支付最高的費用)	
如果您需要做門診手術	設施費 (如流動手術中心)	20% <u>共同保險</u>	50% <u>共同保險</u>	無
	醫師/外科醫師費	20% <u>共同保險</u>	50% <u>共同保險</u>	無
如果您需要立即就醫	急診室照護	20% <u>共同保險</u>	20% <u>共同保險</u>	對於網絡內及網絡外而言，急診室的非急救使用均在扣除 <u>自付額</u> 後有30% <u>共同保險</u> 。
	<u>緊急醫療運送</u>	20% <u>共同保險</u>	20% <u>共同保險</u>	無
	<u>緊急醫療</u>	20% <u>共同保險</u>	50% <u>共同保險</u>	無
如果您需要住院	設施費 (如醫院病房)	每次住院 \$500 <u>自付額</u> 加上 20% <u>共同保險</u>	每次住院 \$500 <u>自付額</u> 加上 50% <u>共同保險</u>	要求事先批准。未有取得事先批准的服務理賠金將削減50%，而最高不超過 \$1,000 的罰金。
	醫師/外科醫師費	20% <u>共同保險</u>	50% <u>共同保險</u>	無
如果您需要精神健康、行為健康或濫用藥物服務	門診服務	20% <u>共同保險</u>	50% <u>共同保險</u>	\$30 <u>共付額</u> 僅適用於診所就診。虛擬門診；每次門診共付額為 \$10，不適用 <u>自付額</u> 。詳情請參閱福利手冊。
	住院服務	每次住院 \$500 <u>自付額</u> 加上 20% <u>共同保險</u>	每次住院 \$500 <u>自付額</u> 加上 50% <u>共同保險</u>	要求事先批准。承保療養院治療服務。
如果您懷孕	診所就診	每次門診 \$30；不適用 <u>自付額</u>	50% <u>共同保險</u>	首次產前門診 (每次懷孕) 適用 <u>共付額</u> 。分攤費用並不適用於預防性服務。依據服務類型而定，可能適用 <u>共付額</u> 、 <u>共同保險</u> 或 <u>自付額</u> 。產科照護可能包括本 SBC 中其他部分所述的檢測及服務 (如：超聲波)。
	生孩子 / 分娩專業服務	20% <u>共同保險</u>	50% <u>共同保險</u>	
	生孩子 / 分娩設施服務	每次住院 \$500 <u>自付額</u> 加上 20% <u>共同保險</u>	每次住院 \$500 <u>自付額</u> 加上 50% <u>共同保險</u>	要求事先批准。

* 如需更多有關限制及例外的資訊，請參閱網站上的計劃或保單文件，網址：

<https://policy-srv.box.com/s/8vykrmmvfdyturcxrukdrum3yg1b8j4>.

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內提供者 (您將支付最低的費用)	網絡外提供者 (您將支付最高的費用)	
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	家庭醫療照護	20% 共同保險	50% 共同保險	加上私人護理服務不超過 60 次。要求事先批准。
	康復服務	20% 共同保險	50% 共同保險	言語、職業和物理治療合併計算 60 次就診治療。
	康復服務	20% 共同保險	50% 共同保險	
	專業護理照護	每次住院 \$500 自付額加上 20% 共同保險	每次住院 \$500 自付額加上 50% 共同保險	最多不超過 120 天。要求事先批准。
	耐用醫療設備	20% 共同保險	50% 共同保險	福利僅限於用於醫療用途的項目。同時向採購和租用設備（最高達採購價格）提供耐用醫療設備福利。
	善終服務	每次住院 \$500 自付額加上 20% 共同保險	每次住院 \$500 自付額加上 50% 共同保險	無
如果您的孩子需要牙科或眼科照護	兒童的眼睛檢查	非承保	非承保	透過 EyeMed 提供福利。
	兒童的眼鏡	非承保	非承保	透過 EyeMed 提供福利。
	兒童的牙齒檢查	非承保	非承保	透過 Delta Dental 提供福利。

非承保服務及其他承保服務：

一般而言，您的計劃並不承保的服務（如需更多資訊以及任何其他非承保服務，請查看您的保單或計劃文件。）		
<ul style="list-style-type: none"> 針灸 美容手術 牙科照護（成人） 	<ul style="list-style-type: none"> 長期照護 在美國以外地區旅行所發生的非急救照護 	<ul style="list-style-type: none"> 常規眼科照護（成人） 減重計劃

其他承保服務（限制可能適用於這些服務。這份清單並不完整。請參閱您的計劃文件。）		
<ul style="list-style-type: none"> 墮胎 減肥手術 脊柱神經護理（脊柱神經及骨傷推拿限每個歷年最多 20 次門診） 	<ul style="list-style-type: none"> 助聽器（兒童每隻耳朵每 24 個月 1 個，成人每 24 個月每隻耳朵最高 \$2,500） 不孕症治療（每個理賠期最多 4 次人工受孕，如獲特別批准可多達 6 次） 	<ul style="list-style-type: none"> 私人護理（私人住院照護除外） 例行足科照護（僅與糖尿病相關）

* 如需更多有關限制及例外的資訊，請參閱網站上的計劃或保單文件，網址：

<https://policy-srv.box.com/s/8vykrmmvfdyturcxrukdrum3yg1b8j4>.

您繼續承保範圍的權利：在承保終止之後，如果您需要繼續享有您的承保範圍，有以下機構可為您提供幫助。這些機構的聯絡資訊為：本計劃請致電 1-800-730-8445；美國勞工部的員工福利保障管理局 (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) 請致電 1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform；衛生及公眾服務部，消費者資訊暨保險監督中心 (Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight) 請致電 1-877-267-2323 x61565 或訪問 www.cciio.cms.gov。您也可能擁有其他承保範圍選項，其中包括透過健康保險市場購買個人保險承保範圍。如需有關市場的更多資訊，請訪問www.HealthCare.gov 或撥打 1-800-318-2596。

您的申訴及上訴權利：如果您對您計劃下的拒賠進行投訴，有以下機構為您提供幫助。此等投訴被稱為申訴或上訴。如需有關您的權利的更多資訊，請查看您將透過該醫療索賠獲得的福利的說明。您的計劃文件亦會提供有關因任何原因對您的計劃提交索賠、上訴或申訴的完整說明。如需瞭解有關您所享有的權利、此等通知或援助的更多資訊，聯絡 Blue Cross and Blue Shield of Texas (撥打 1-800-730-8445 或訪問 www.bcbsil.com)；或是聯絡美國勞工部的員工福利保障管理局 (撥打 1-866-444-EBSA (3272) 或訪問 www.dol.gov/ebsa/healthreform)。此外，消費者援助計劃可以幫您提出上訴。若要聯絡伊利諾州保險部 (Illinois Department of Insurance)，請撥打 (877) 527-9431 或訪問 <http://insurance.illinois.gov>。

本計劃是否提供最低基本承保？ 是的

最低基本承保通常包括計劃、透過市場提供的健康保險，或其他個別市場保單、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE，及其他特定承保範圍。如果您符合某些類型的最低基本承保，您可能不符合保險費所得稅抵減的資格。

本計劃是否符合最低價值標準？ 是的

如果您的計劃並不符合最低價值標準，您可能具備保險費所得稅抵減的資格以協助您透過市場為計劃付費。

語言服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-730-8445.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-730-8445.

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼 1-800-730-8445。

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-730-8445.

如需查閱本計劃如何承保示例醫療狀況的費用的範例，請參閱下一部分內容。

關於這些承保範例：



這不是一份費用估計表。所顯示的各種治療僅為本計劃可能如何覆蓋醫療照護的說明範例。您實際支付的費用會有所不同，具體取決於您接受的實際照護，您的提供者的收費價格以及諸多其他因素。針對計劃項下的分攤費用金額（自付額、共付額及共同保險）以及非承保服務。利用此資訊可比較各種不同健康計劃項下，您可能支付的費用部分。請注意：這些承保範例基於僅本人承保。

Peg 懷孕中

(9 個月的網絡內產前照護及醫院分娩)

■ 計劃總自付額	\$4,000
■ 專科共付額	\$30
■ 醫院（設施）二者	\$500+20%
■ 其他共同保險	20%

此「範例」事件包括下列費用：

專科診所就診（產前照護）
 生孩子 / 分娩專業服務
 生孩子 / 分娩設施服務
 診斷檢查（超聲波和驗血）
 專科就診（麻醉）

範例總費用	\$12,700
-------	----------

在本範例中，Peg 將支付：

分攤費用	
自付額*	\$4,500
共付額	\$40
共同保險	\$1,600
不承保的服務	
限額或非承保服務	\$60
Peg 將支付的總金額為	\$6,200

Joe 的二型糖尿病管理

(妥善控制之病症的例行網絡內照護，為期一年)

■ 計劃總自付額	\$4,000
■ 專科共付額	\$30
■ 醫院（設施）二者	\$500+20%
■ 其他共同保險	20%

此「範例」事件包括下列費用：

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

範例總費用	\$5,600
-------	---------

在本範例中，Joe 將支付：

分攤費用	
自付額	\$900
共付額	\$500
共同保險	\$0
不承保的服務	
限額或非承保服務	\$20
Joe 將支付的總金額為	\$1,420

Mia 的純粹骨折

(網絡內急診室就診以及後續照護)

■ 計劃總自付額	\$4,000
■ 專科共付額	\$30
■ 醫院（設施）二者	\$500+20%
■ 其他共同保險	20%

此「範例」事件包括下列費用：

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）
 康復服務（物理治療）

範例總費用	\$2,800
-------	---------

在本範例中，Mia 將支付：

分攤費用	
自付額	\$2,600
共付額	\$70
共同保險	\$0
不承保的服務	
限額或非承保服務	\$0
Mia 將支付的總金額為	\$2,670

*註：本計劃針對此承保範例包含之特定服務有其他自付額。請參閱上方「一些特定服務是否有其他自付額？」一列。

本計劃將負責這些「範例」所承保服務的其他費用。

醫療服務承保對每個人都很重要。

我們為患有殘障的任何人士或需要語言協助的人士提供免費通信協助及服務。我們禁止基於種族、膚色、國籍、性別、性別認同、年齡、性別取向、健康狀況或殘障的歧視行為。

如需免費的語言或通訊協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。

如果您認為我們未能提供服務，或認為我們以其他方式進行歧視，請聯絡我們以提交申訴。

民權協調員辦公室
地址：300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

電話：855-664-7270（語音信箱）
聽力障礙用戶：855-661-6965
傳真：855-661-6960

您可以向美國衛生及公眾服務部民權辦公室提交民權投訴，聯絡方式為：

美國衛生及公眾服務部
地址：200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019

電話：800-368-1019
聽力障礙用戶：800-537-7697
投訴門戶網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> Washington, DC 20201
投訴表格：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બાજુ વ્યાકત્તને એસ.બી.એમ. કાયકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાની હક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éi doodago la'da biká anánilwo'igíí, na'idíikidgo, ts'idá bee ná ahóóti'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bina'idíikidígíí bee ní h odoonih. Ata'dahalne'igíí bich'í' hodiilnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالاتی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.