|  |  |
| --- | --- |
| **Exclamation** | **這不是一份保單。**如果您需要有關您的承保範圍和費用的詳情，可造訪 www.[insert] 或撥打 1-800-[insert] 獲取保單內的完整條款或保險計劃文件。 |

| **重要問題** | **答案** | **重要之因：** |
| --- | --- | --- |
| **什麼是總自付額？** | **$**  | [YES:] 您必須支付所有費用並達到**自負額**後，本保險計劃才開始為承保的服務付費。請檢查您的保單或保險計劃文件，看看**自負額**的重新起始的時間（通常是 1 月 1 日，但不一定）。請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解您達到**自負額**後應為承保的服務支付的費用。[NO:] 請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解本計劃承保的服務您需承擔的其他費用。 |
| **具體服務有其他的自付額嗎？** | **$** | [YES:] 您必須為這些服務支付所有費用並達到具體的**自負額**後，本保險計劃才開始為這些服務付費。[NO:] 您在接受具體服務時無須達到**自負額**，但請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解本 計劃承保的服務您需承擔的其他費用。 |
| **在我的費用中有自付限額嗎？** | **$** | [YES:] 在承保期限（通常是一年）內，**自付限額**是您可能為承保服務分擔的費用的最高金額。此限額有助於您安排好健康照護費用。[NO:] 在承保期限內，您可能為承保服務分擔的費用沒有限額。 |
| **什麼不包括在自付限額中？** |  | [YES:]  雖然您支付這些費用，但不計入**自付限額**中。[NO:]  不適用，因為您的花費沒有**自付限額**。 |
| **保險計劃支付額是否有總年度限額？**  |  | [YES:] 本計劃在每個承保期限內為承保的服務付費不超過此限額，即使您本人有更大需 求。您要負責超過此限額的所有費用。從第 2 頁上開始的圖表描述了具體的承保範圍限制，如就診次數的限制。[NO:] 從第 2 頁開始的圖表描述了計劃為具體的承保服務付費的限制，如就診次數。 |
| **本計劃使用醫療服務提供者網絡嗎？** |  | [YES:] 如果您使用網絡內醫師或其他**醫療服務提供者**，本計劃將支付部分或全部承保的服務費用。請注意，您的網絡內醫師或醫院可能使用網絡外的**醫療服務提供者**提供某些服務。保險計劃使用網絡內、**首選**或參與來描述其**網絡內醫療服務提供者**。請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解本計劃支付不同類型**醫療服務提供者**的方法。[NO:] 本計劃在決定相同服務的付款時對待**醫療服務提供者**一視同仁。 |
| **我需要轉介才能去看專家嗎？** |  | [YES:] 只要在去看**專家**之前獲得計劃的批准，本計劃就會支付就承保服務看**專家**的部分或全部費用。[NO:] 您無需獲得本計劃的批准即可去看您選擇的**專家**。 |
| **本計劃是否有不承保的服務？** |  | [YES:] 本計劃不承保的一些服務列在第 [4] 頁上。請參閱您的保單或保險計劃文件，瞭解有關**非承保服務**的其他資訊。）[NO:] 請參閱您的保單或保險計劃文件，瞭解有關**非承保服務**的資訊。） |

|  |  |
| --- | --- |
| **Exclamation** | * **共付額**是您為承保的健康照護所支付的固定金額（如 15 美元），通常在您接受服務時支付。
* **共同保險**是*您*為承保的服務費用分擔的份額，按服務**允許額**的百分率計算。例如，如果健康計劃一個晚上住院的**允許額**是 1,000 美元，那麼您的 20% **共同保險**費用應是 200 美元。如果您尚未達到**自付額**要求，則可能有變。
* 保險計劃為承保服務的付費以**允許額**為根據。如果**網絡外醫療服務提供者**收費超過**允許額**，您可能必須支付差額。例如，如果網絡外醫院就一個晚上住院收取 1,500 美元的費用，而**允許額**是 1,000 美元，您可能必須支付 500 美元的差額。（這種情況稱為**差額**。）
* 透過向您收取較低的**自付額**、**共付額**及**共同保險**，本計劃可能鼓勵您使用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**醫療服務提供者**。
 |

| **普通****醫療事件** | **您可能需要的服務** | **您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者** | **您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者** | **限制及例外情況** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  |  |
| 專家就診 |  |  |  |
| 其他執業者的診所就診 |  |  |  |
| 預防照護／篩查／免疫 |  |  |  |
| **如果您要做檢查** | 診斷檢查（X 光、驗血） |  |  |  |
| 成像（CT／PET 掃描、MRI）  |  |  |  |
| **如果您需用藥物來治療生病或病症**www.[insert] 提供關於**處方藥物承保範圍**的更多資訊。 | 非品牌藥 |  |  |  |
| 首選品牌藥 |  |  |  |
| 非首選品牌藥 |  |  |  |
| 專用藥  |  |  |  |
| **如果您要做門診手術** | 設施費（如流動手術中心） |  |  |  |
| 醫師／外科醫師費 |  |  |  |
| **如果您需要立即獲得醫護** | 急救室服務 |  |  |  |
| 緊急醫療運送 |  |  |  |
| 急需照護 |  |  |  |
| **如果您要住院** | 設施費（如醫院病房） |  |  |  |
| 醫師／外科醫師費 |  |  |  |
| **如果您因精神健康、行為健康或濫用藥物需要治療** | 精神／行為健康門診服務 |  |  |  |
| 精神／行為健康住院服務 |  |  |  |
| 藥物使用失調門診服務 |  |  |  |
| 藥物使用失調住院服務 |  |  |  |
| **如果您懷孕** | 產前及產後照護 |  |  |  |
| 分娩及所有住院服務 |  |  |  |
| **如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求** | 家居健康照護 |  |  |  |
| 康復服務 |  |  |  |
| 復健服務 |  |  |  |
| 專業護理照護 |  |  |  |
| 耐用醫療設備 |  |  |  |
| 善終服務 |  |  |  |
| **如果您的孩子需要牙科或眼科照護** | 眼睛檢查 |  |  |  |
| 眼鏡 |  |  |  |
| 牙齒檢查 |  |  |  |

**非承保的服務及其他承保的服務**

|  |
| --- |
| **您的計劃不承保的服務（這份清單並不完整。請查看您的保單或保險計劃文件，瞭解其他 非承保之項。）** |
| * [XXXX]
 | * [XXXX]
 | * [XXXX]
 |

|  |
| --- |
| **其他承保的服務（這份清單並不完整。請檢查您的保單或保險計劃文件，瞭解更多承保的服務及您接受這些服務的費用。）** |
| * [XXXX]
 | * [XXXX]
 | * [XXXX]
 |

**您繼續承保範圍的權利：**

[請插入說明內適用的資訊]

**您的申訴及上訴權利：**

如果您有抱怨或對您的保險計劃拒絕賠付要求感到不滿意，可能可以呈遞**上訴**或**申訴**。如果您對您的權利、本公告或協助有問題，可聯絡：[請插入說明內適用的聯絡資訊]。

**這項保險是否提供最低基本承保？**

《平價照護法案》（Affordable Care Act）規定大多數人擁有符合「最低基本承保」的醫療保險。**這個計劃或保單 [能/不能] 提供最低基本承保。**

**這項保險是否提供最低價值標準？**

《平價照護法案》（Affordable Care Act）規定，每個健康計劃福利都必須有最低價值標準。最低價值標準是 **60%（**精算的價值**）。這種健康承保提供的福利 [能/不能] 滿足最低價值標準。**

––––––––––––––––––––––––––––*若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一頁。––––*––––––*–––––––*–––––––––––

**管理二型糖尿病**
（現存病情的）

例行護理）

**生孩子**
（正常分娩）

**關於這些承保範例：**

這些範例顯示這個計劃在特定情況下可能承保醫療照護的方法。利用這些範例來查看，在通常情況下，如果一個示例病患有不同的保險計劃承保，可能獲得多少財務保護。

****

**這不是一份費用估計表。**

不要用這些範例來估計您在本計劃內的實際費用。 您接受的實際照護將不同於這些範例，而且照護的費用也會有所不同。

請參閱下一頁瞭解關於這些範例的重要資訊。

◼ **所欠醫療服務提供者的金額：** $7,540

◼ **計劃支付** $[##]

◼ **病患支付** $[##]

**示例照護費用：**

|  |  |
| --- | --- |
| 醫院收費（母親） | $2,700 |
| 例行產科照護 | $2,100 |
| 醫院收費（嬰兒） | $900 |
| 麻醉 | $900 |
| 實驗室測試 | $500 |
| 處方藥物 | $200 |
| 放射治療 | $200 |
| 疫苗、其他預防服務 | $40 |
| **總計** | **$7,540** |

**病患支付：**

|  |  |
| --- | --- |
| 自付額 | $[##] |
| 共付額 | $[##] |
| 共同保險 | $[##] |
| 限額或非承保服務 | $[##] |
| **總計** | **$**[**##**] |

◼ **所欠醫療服務提供者的金額：** $5,400

◼ **計劃支付** $[##]

◼ **病患支付** $[##]

**示例照護費用：**

|  |  |
| --- | --- |
| 處方藥物 | $2,900 |
| 醫療設備和用品 | $1,300 |
| 診所就診及步驟 | $700 |
| 教育 | $300 |
| 實驗室測試 | $100 |
| 疫苗、其他預防服務 | $100 |
| **總計** | **$5,400** |

**病患支付：**

|  |  |
| --- | --- |
| 自付額 | $[##] |
| 共付額 | $[##] |
| 共同保險 | $[##] |
| 限額或非承保服務 | $[##] |
| **總計** | **$**[**##**] |

**關於承保範例的問答：**

**承保範例背後有哪些假設？**

* 費用不包括**保費**。
* 示例照護費用的依據是美國衛生及人類服務部（HHS）提供的全國平均值，不具體針對某個特定地區或健康計劃。
* 病患的病症不是非承保或承保前的病症。
* 所有服務和治療都在同一個承保期限內開始和結束。
* 本計劃承保的任何成員都沒有任何其他醫療費用。
* 自付費用只基於治療範例中的病症。
* 病患接受的所有照護都由網絡內**醫療服務提供者**提供。如果病患接受了網絡外**醫療服務提供者**的照護，費用可能會更高。

**承保範例顯示了什麼？**

針對每種治療情況，承保範例有助於您瞭解**自付額**、**共付額**及**共同保險**加起來可能達到的總額，還有助於您瞭解，因涉及的服務或治療未承保或有限制，您可能要支付多少剩餘的費用。

**承保範例是否可以預測我本人的照護需求？**

**🗶否。**所顯示的各種治療只是範例。依據您的醫師建議、您的年齡、您的病症嚴重程度及許多其他因素，您因這種病症需要接受的照護可能有所不同。

**承保範例是否可以預測我將來的花費？**

**🗶否。**承保範例**不**是費用估計表。您不能利用這些範例來估計實際病症的費用。這些範例僅用於比較目的。您本人的費用會有所不同，具體取決於您接受的照護、您的**醫療服務提供者**收費的價格及您的健康計劃允許的償付額。

**我是否可以利用承保範例來比較各種計劃？**

**✓是。**當您查看其他計劃的福利和承保範圍摘要時，您會發現同樣的承保範例。在您比較各種計劃時，請檢查每個範例的「病患支付」欄。該數字愈小，健康計劃提供的承保範圍愈大。

**在比較各種計劃時，是否有我應該考慮的其他費用？**

**✓是。**一項重要的費用是您支付的**保費**。一般而言，**保費**愈低，您將要支付的自付費用愈多，如**共付額**、**自付額**及**共同保險**。您還應該考慮為其他帳戶的供款，如幫助您支付自付費用的醫療儲蓄帳戶（HSA）、彈性支出帳戶（FSA）或健康給付帳戶（HRA）。