




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？ | \$0 | 請參閱下方普通醫療事件圖表，瞭解此計劃承保服務所需的費用。 |
| 在您達到自付額之前，是否有承保的服務？ | 是。承保服務無自付額。 | 本計劃沒有自付額。 |
| 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？ | 個人費用為每次 \$7,500 個人加一費用為每次 \$15,000 個人與家庭費用為每次 \$15,000 | 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。如果您有其他家人參加本計劃，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、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，但這些費用不計入自付限額中。 |

| | | |
|---|---|---|
| <p>如果使用網路內醫療服務提供者，是否會支付較低費用？</p> | <p>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>。</p> | <p>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。</p> |
| <p>我是否需要經由轉介才能看專科醫生？</p> | <p>否。</p> | <p>您無需轉介即可向自己選擇的專科醫生求診。</p> |

 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 | 每次就診的費用為 \$35 | 不承保 | 對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。與意外傷害相關獲得的照護為免費。 |
| | 專科醫師就診 | 每次就診的費用為 \$50 | 不承保 | 對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。 |
| | 預防照護 / 篩檢 / 疫苗接種 | 不收費 | 不承保 | 您可能需要支付非預防服務的費用。請詢問 <u>醫療服務提供者</u> ，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。 |

| 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) | |
| 如果您要做檢查 | 診斷檢查 (X光、驗血) | 您為血液檢查支付 15% 共同保險; X光支付 \$40 共付額 | 不承保 | 對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。 |
| | 成像 (CT/PET 掃描、MRI) | \$100 (由專業人員開具帳單時) ; \$250 (由機構開具帳單時) | 不承保 | 對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。 |
| 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) | 每次處方藥物 (30 天供藥) 的共付額為 \$15 | 不承保 | 每次處方藥物 31 至 90 天供藥的額外共付額為 \$40 |
| | 層級 2 (首選品牌藥) | 35% 共同保險 / 最高 \$150 (30 天供藥) | 不承保 | 31 至 90 天供藥的額外共付額最多 \$450 |
| | 層級 3 (非首選品牌藥) | 60% <u>共同保險</u> | 不承保 | 您為最多 90 天供藥支付 60% <u>共同保險</u> 。 |

| 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 (首選專用藥) | 零售：35% 共同保險 / 最高 \$400 (30 天供藥) 專科藥房：35% 共同保險 / 最高 \$400 (30 天供藥)；最高 \$1,200 (31 至 90 天供藥) | 不承保 | 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 (非首選專用藥) | 零售：35% 共同保險 / 最高 \$500 (30 天供藥) 專科藥房：35% 共同保險 / 最高 \$500 (30 天供藥)；最高 \$1,500 (31 至 90 天供藥) | 不承保 | 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) | 每天設施費用為 \$250 | 不承保 | 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) | |
| | 醫師 / 外科醫師費 | 每位執行外科醫師 (診所) 的費用為 \$150; 每位執行外科醫師的費用為 \$200 (其他場所) | 不承保 | 對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。 特定手術服務須獲得事先批准。 |
| 如果您需要立即獲得醫療照護 | 急診室照護 | 每個設施每天費用為 \$425 | 每個設施每天費用為 \$425 | 無 |
| | 緊急醫療運送 | 每天的費用為 \$100 | 每天的費用為 \$100 | 航空或海上救護：每天 \$150 |
| | 緊急照護 | 每次就診的費用為 \$50 | 不承保 | 對於在網路外緊急照護機構所接受緊急醫療服務相關的照護，您為每次就診支付 \$50。 |
| 如果您要住院 | 設施費 (如醫院病房) | 每次入院費用為每天 \$425，最高不超過 \$2,975 | 不承保 | 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 | 每位執行醫師的費用為 \$200 | 不承保 | 特定手術服務須獲得事先批准。 對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。 |

| 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失調的治療服務 | 門診服務 | 每次診所就診的共付額為 \$35，門診服務不收費 | 不承保 | 無 |
| | 住院病患服務 | 專業服務不收費 / 每次入院的設施照護費用為每天 \$425，最高不超過 \$2,975 | 不承保 | 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 | 不承保 | 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 | 不承保 | 無 |
| | 生產 / 分娩設施服務 | Blue Distinction Center® 不收取分娩費用，使用其他設施每次入院的費用為 \$425 | 不承保 | 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> | 每次就診的費用為 \$35 | 不承保 | 每個曆年限 25 次就診。 |
| | <u>復健服務</u> | 每次就診 (主要照護) 的費用為 \$35; 每次就診 (專家) 的費用為 \$50 | 不承保 | 每個曆年限 50 次就診。包括理療、職業療法及語言治療。對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。 |
| | <u>能力創健服務</u> | 每次就診 (主要照護) 的費用為 \$35; 每次就診 (專家) 的費用為 \$50 | 不承保 | 每個曆年限 50 次就診。承保範圍限於物理治療、職能治療和語言治療。對就照護施用或獲得的藥劑、藥物和 / 或用品，您支付 35% <u>共同保險</u> 。 |
| | <u>專業護理照護</u> | 不承保 | 不承保 | 無 |
| | <u>耐用醫療設備</u> | 35% <u>共同保險</u> | 不承保 | 無 |
| | <u>安寧護理服務</u> | 不收費 | 不承保 | 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 (主要照護) 的費用為 \$35; 每次就診 (專家) 的費用為 \$50 | 不承保 | 承保範圍僅限於與特定病症治療有關的檢查。 |
| | 兒童眼鏡 | 35% <u>共同保險</u> | 不承保 | 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 | 每次評估的費用為 \$35 | 不承保 | 承保範圍限每個曆年兩次就診。 |

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。）

- 輔助生殖技術 (Assisted Reproductive Technologies, ART)
- 美容手術
- 長期照護
- 私人看護
- 例行眼科照護
- 減肥計劃

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 12 次就診）
- 減肥手術
- 整脊照護（每個曆年限 20 次就診）
- 牙科照護
- 助聽器
- 不孕症治療
- 在美國境外旅行時的非急救照護
- 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/pshb> 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'adoowł nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahinígíí 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)

| | |
|------------------|-------|
| ■ 本計劃的整體自付額 | \$0 |
| ■ 專家 [費用分擔] | \$50 |
| ■ 醫院 (設施) [費用分擔] | \$425 |
| ■ 其他 [費用分擔] | 35% |

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 | \$510 |

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)

| | |
|------------------|-------|
| ■ 本計劃的整體自付額 | \$0 |
| ■ 專家 [費用分擔] | \$50 |
| ■ 醫院 (設施) [費用分擔] | \$425 |
| ■ 其他 [費用分擔] | 35% |

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 | \$0 |
| 共付額 | \$1,840 |

Mia 的輕微骨折

(網路內急診室就診及追蹤照護)

| | |
|------------------|-------|
| ■ 本計劃的整體自付額 | \$0 |
| ■ 專家 [費用分擔] | \$50 |
| ■ 醫院 (設施) [費用分擔] | \$425 |
| ■ 其他 [費用分擔] | 35% |

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 | \$870 |

本計劃會負擔這些「範例」承保服務的其他費用。

| | |
|------------------|--------------|
| 共同保險 | \$0 |
| <i>哪些項目不承保</i> | |
| 限額或不承保的服務 | \$60 |
| Peg 總共需支付 | \$570 |

| | |
|------------------|----------------|
| 共同保險 | \$200 |
| <i>哪些項目不承保</i> | |
| 限額或不承保的服務 | \$20 |
| Joe 總共需支付 | \$2,060 |

| | |
|------------------|--------------|
| 共同保險 | \$90 |
| <i>哪些項目不承保</i> | |
| 限額或不承保的服務 | \$0 |
| Mia 總共需支付 | \$960 |