|  |
| --- |
| **福利和承保範圍摘要 (SBC) 將有助於您挑選一項健康保險**[**計劃**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**。 SBC 可指明您和**[**計劃**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **將如何分攤所承保醫療服務的費用。 注：有關本計**[**計劃**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **的費用 （稱為**[**保險費**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium)**) 將另行提供。**  **這僅是一個摘要。**有關您承保範圍更多的信息，或取得承保範圍完整條款的副本，[insert contact information].對於常用術語的一般定義，如[允許的金額](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#allowed-amount), [餘額計費](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing), [共同保險](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance), [共付額](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment), [自付額](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [提供者](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider), 或其他下劃線的術語，請參閱詞彙表。您可以在 www.[insert].com 瀏覽詞彙表，或致電 1-800-[insert] 索取一個副本。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **重要的問題** | **答案** | **為什麼這個重要:** |
| [**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**的總數是多少?** | $ |  |
| **在您滿足**[**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**之前，這些服務是否已包括 在內?** |  |  |
| **是否有其他特定服務的**  [**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**?** | $ |  |
| **這個**[**計劃**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)[**自掏腰包的極限**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**是多少?** | $ |  |
| **什麼是不包括在**  [**自掏腰包的極限**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**之內?** |  |  |
| **如果您使用**[**網絡內提供者**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)**，您會少付嗎?** |  |  |
| **您需要** [**轉診**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral)**去看** [**專科醫生**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)**嗎?** |  |  |

OMB 控制號碼 1545-2229, 1210-0147, 及 0938-1146

2016年4月6日發佈

| **Exclamation** | 所有的 [**共付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment)和 [**共同保險**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance)的費用在本圖表中顯示基於您已經滿足了[**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)， 如果[**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)適用的話。 |
| --- | --- |

| **常見的 醫療事件** | **您可能需要的服務** | **您將支付多少** | | **限制，例外，以及其他重要的資訊** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **網絡內提供者**  **（您將付得最少）** | **網絡外提供者**  **（您將付得最多）** |
| **如果您造訪醫療保健**[**提供者的**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)**辦公室或診所** | 一般護理門診治療受傷或疾病 |  |  |  |
| [專科醫師](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)門診 |  |  |  |
| [預防性護理](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[篩查](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/  接種疫苗 |  |  |  |
| **如果您有個檢驗** | [診斷檢驗](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test)(x-光, 驗血) |  |  |  |
| 成像（CT / PET掃描， 核磁共振成像） |  |  |  |
| **如果您需要藥物來治療疾病或狀況**  關於[處方藥物保險](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drug-coverage) 的更多資訊可造訪www.[insert] com | 仿製藥 |  |  |  |
| 首選原廠藥物 |  |  |  |
| 非首選原廠藥物 |  |  |  |
| [特種藥物](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug) |  |  |  |
| **如果您有門診手術** | 設施費用（例如，門診 手術中心） |  |  |  |
| 醫師/外科醫生費用 |  |  |  |
| **如果您需要立即 就醫** | [急診室護理](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) |  |  |  |
| [緊急醫療運輸](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [緊急護理](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **如果您需要住院** | 設施費用（例如，醫院 病房） |  |  |  |
| 醫師/外科醫生費用 |  |  |  |
| **如果您需要心理 健康，行為健康，或物質濫用服務** | 門診服務 |  |  |  |
| 住院服務 |  |  |  |
| **如果您是孕婦** | 辦公室門診 |  |  |  |
| 分娩/生產專業服務 |  |  |  |
| 分娩/生產設施服務 |  |  |  |
| **如果您需要幫助恢復或有其他特殊健康需求** | [家庭醫療保健](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [康复服務](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [培建服務](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [專業護理](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [耐用醫療設備](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [臨終關懷服務](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **如果您的小孩需要牙科或眼科護理** | 小孩的眼睛檢查 |  |  |  |
| 小孩的眼鏡 |  |  |  |
| 小孩的牙齒檢查 |  |  |  |

**排除的服務及其他承保的服務：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **您的** [**計劃**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**一般不承保的服務（欲知更多訊息和其他任何**[**排除的服務**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)**的清單，請查閱您的保單或計劃文件。)** | | |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **其他承保的服務（這些服務可能有所限制這不是一個完整的清單。請查閱您的** [計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**文件。)** | | |
|  |  |  |

**您續保的權利：**在您的保險結束後，如果您想要續保，有些經辦機構可以幫助您。那些機構的聯繫資訊為：[insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information].其他保險的選項也可以提供給您，包括透過健保商場[Marketplace](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)購買個人保險。欲知更多訊息有關[Marketplace](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)的訊息, 請造訪[www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)或致電 1-800-318-2596。

**您的投訴和申訴權利：**如果您對您的 [計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)否決了[索賠](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim)而有所抱怨的話，有些機構可以幫助您。這種抱怨被稱為 [投訴](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) 或 [申訴](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal)。有關您的權利更多的訊息，請看一下您將收到該醫療[索賠](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim)的福利說明。您的[計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)文件還提供完整的資訊關於提出[索賠](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim), [申訴](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal), 或[投訴](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance)任何對於您的[計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)不滿的理由。有關您的權利，本通知，或協助更多的訊息，請聯繫：[insert applicable contact information from instructions].

**本計劃是否提供最低基本健保範圍？[是/不是]**

如果您長達一個月沒有 [最低基本健保範圍](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-essential-coverage)，您在申報納稅時將必須繳納付款，除非您有當月豁免健康保險要求的資格。

**本計劃是否滿足最低價值標準？[是/不是]**

如果您的 [計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)不符合[最低價值標準](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-value-standard), 你可能有資格得到一項[保費稅收抵免](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits)，以幫助您透過 [Marketplace](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)購買一個[計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)。

**語言接通服務：**

[西班牙文 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number].]

[菲律賓語 (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼 [insert telephone number].]

[印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' [insert telephone number].]

*–––––––––––*––––––––––––––––––––*查看本計劃如何可能涵蓋樣本醫療狀况的費用，請參閱下一節。–––––––*–––*––*–––*––*––––––––*––––––*––––––––

**有關這些保險的範例：**

Exclamation

**這不是一個費用估算工具。**所顯示的治療僅為本[計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)可能承保醫療護理的例子。您實際的費用會有所不同，這取決於您實際接受的護理，[提供者](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)提供者收取的費用，以及許多其他因素。著眼於[計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)下 [費用分攤](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)的金額（[自付額](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [共付額](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment)和 [共同保險](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance))以及[排除的服務](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)。使用本訊息來比較在不同的健康保險[計劃](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)下您可能應支付費用的部分。請注意，這些保險的例子僅限於自身投保。

**佩琪要生小孩了**  
（9個月的網絡內產前護理和住院生產）

◼ **該**[**計劃的**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**總**[**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **為** **$**

◼ [**專科醫師**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[費用分攤]* $**

◼ **醫院 (設施) *[費用分攤]* %**

◼ **其他** ***[費用分攤]* %**

**本事件範例所包括的服務如：**

專科醫師門診（產前護理）

分娩/生產專業服務

分娩/生產設施服務

診斷檢驗（超音波和驗血）

專科醫師門診（麻醉）

|  |  |
| --- | --- |
| **範例總費用** | **$** |

**在本範例中，佩琪應支付：**

|  |  |
| --- | --- |
| *費用分攤* | |
| 自付額 | $ |
| 共付額 | $ |
| 共同保險 | $ |
| *沒有承保的為* | |
| 限制或排除的 | $ |
| **佩琪應支付的總金額為** | **$** |

**管理喬的第二類型糖尿病**  
（一年網絡內例行控制良好狀況下的護理）

◼ **該**[**計劃的**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**總**[**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **為** **$**

◼ [**專科醫師**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[費用分攤]* $**

◼ **醫院 (設施) *[費用分攤]* %**

◼ **其他** [費用分攤] %

**本事件範例所包括的服務如：**

一般護理醫師門診（包括疾病教學）

診斷檢驗（驗血）

處方藥物

耐用醫療設備（血糖測驗器）

|  |  |
| --- | --- |
| **範例總費用** | **$**  **本計劃將負責這些範例所承保服務的其他費用。** |

**在本範例中，喬應支付：**

|  |  |
| --- | --- |
| *費用分攤* | |
| 自付額 | $ |
| 共付額 | $ |
| 共同保險 | $ |
| *沒有承保的為* | |
| 限制或排除的 | $ |
| **喬應支付的總金額為** | **$** |

**米雅的輕微骨折**（網絡內急診室門診和後續治療）

◼ **該**[**計劃的**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**總**[**自付額**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **為** **$**

◼ [**專科醫師**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[費用分攤]* $**

◼ **醫院 (設施) *[費用分攤]* %**

◼ **其他** [費用分攤] %

**本事件範例所包括的服務如：**

急診室護理（包括醫療用品）

診斷檢驗（x-光）

耐用醫療設備（拐杖）

復健服務（物理治療）

|  |  |
| --- | --- |
| **範例總費用** | **$** |

**在本範例中，米雅應支付：**

|  |  |
| --- | --- |
| *費用分攤* | |
| 自付額 | $ |
| 共付額 | $ |
| 共同保險 | $ |
| *沒有承保的為* | |
| 限制或排除的 | $ |
| **米雅應支付的總金額為** | **$** |