CCHP: Silver 70 HMO

承保人：公司及團體計劃 | **計劃種類：HMO**

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 。 SBC 可指明您和 計劃 將如何分攤所承保醫療服務的費用。
注：有關本計 計劃 的費用 （稱為 保險費）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，1-888-775-7888。對於常用術語的一般定義，如允許的金額, 餘額計費, 共同保險, 共付額, 自付額, 提供者, 或其他下劃線的術語，請參閱詞彙表。
您可以在https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 瀏覽詞彙表，或致電 1-888-775-7888 索取一個副本。

重要的問題	答案	為什麼這個重要:
自付額的總數是多少?	$2,250 (個人) / $4,500 (家庭)	有關此計劃涵蓋的服務費用，請參閱下面的“常見醫療事件”圖表。
在您滿足自付額之前，這些服務是否已包括在內?	是。預防性服務、醫療就診、門診服務、醫療用品、大多數的家庭健康服務、兒童眼科檢查、兒童眼鏡及兒童牙科檢查。	這個計劃承保一些項目和服務，即使您尚未滿足 自付額的金額。但是，共付額 或 共同保險可能適用。如這個計劃承保特定的 預防性服務不需要費用分攤並在您滿足自付額之前。請參閱所承保的預防性服務清單，在https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/。
是否有其他特定服務的自付額?	是。$300 (個人) / $600 (家庭) 的 1, 2, 3 和 4 級 處方藥 。 此計劃沒有其他特定自付額。	您必需支付這些服務的所有費用直到滿足特定的自付額金額之後，這個計劃才開始支付這些服務。沒有其他特定的自付額金額
這個計劃自掏腰包的極限是多少?	是。$8,200 (個人) / $16,400 (家庭)	**自掏腰包的極限** 是一年之內您為承保服務支付的最高金額。如還有其他家庭成員在此計劃中，他們必須滿足自己的自掏腰包的極限，直到達到整個家庭的自掏腰包的極限。
什麼是不包括在自掏腰包的極限 之內?	保險費 及 此 計劃 不保障之醫療服務。	雖然您支付這些費用，但他們並不算在自掏腰包的極限 之內。
如果您使用 網絡內提供者，您會少付嗎?	是。請造訪 http://www.cchphealthplan.com/employer-member 或致電1-888-775-7888索取一份網絡內提供者的名單。	這個 計劃使用一個提供者的網絡。如果您使用本計劃網絡內的提供者，您將支付得比較少。如果您使用一個非網絡內的提供者, 您將支付得最多，同時您可能收到來自 於提供者的帳單針對提供者的收費和您的 計劃 所支付之間的差額 (餘額計費)。請注意，您的 網絡內的提供者 可能會顧用一個非網絡內的提供者來提供某些服務（如化驗室的工作）。在接受服務之前，請先和您的提供者查證。
您需要 轉診去看 專科醫生嗎?	是。	這個 計劃會支付部份或全部去看專科醫師承保服務的費用，但是只有在您去看專科醫師 之前先取得了轉診單。

OMB 控制號碼 1545-2229, 1210-0147, 及 0938-1146
2016 年 4 月 6 日發佈

所有的 共付額和 共同保險的費用在本圖表中顯示基於您已經滿足了自付額， 如果自付額適用的話。

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 辦公室或診所	一般護理門診 治療受傷或疾病	$55 共付額 /次 不適用於 自付額	不受保	無
	專科醫師 門診	$90 共付額 /次 不適用於 自付額	不受保	需要 預先核准
	預防性護理 /篩查 / 接種疫苗	免費	不受保	您可能需要支付非 預防性護理 的服務。請詢問您的提供者您所需的服務是否 預防性護理 。然後查詢您 計劃 的保障範圍。
如果您有個檢驗	診斷檢驗 (X 光, 驗血)	$55 共付額 /次 (化驗) $90 共付額 /次 (X-光) 不適用於 自付額	不受保	無
	成像（CT / PET 掃描， 核磁共振成像）	$300 共付額 /次	不受保	無
如果您需要藥物來治療疾病或狀況 關於 處方藥物保險 的更多資訊可造訪 https://www.cchphealthplan.com/employer-member	1 級 - 仿製藥	$17 共付額 /處方藥 (零售) $34 共付額 /處方藥 (郵購)	不受保	保障最多至 30 天藥物供應（零售）；31-90 天藥物供應（郵購）。 郵購處方的保障僅限於參與之 Costco 藥房和東華醫院藥房。 郵購不適用於 4 級 – 特種藥物 。 若此類處方藥物與急救護理或緊急護理有關，我們會保障在非網絡藥房配取之處方藥物。 若您的處方藥物未列於處方藥物保障範圍中，則可以事先申請授權。
	2 級 - 首選原廠藥物	$80 共付額 /處方藥 (零售) $160 共付額 /處方藥 (郵購)	不受保	
	3 級 - 非首選原廠藥物	$110 共付額 /處方藥 (零售) $220 共付額 -/處方藥 -(郵購)	不受保	
	4 級 - 特種藥物	30% 共同保險 最高至 $250 /處方藥 (零售)	不受保	

* 有關限制和例外更多的訊息，請造訪 www.cchphealthplan.com 查閱計劃或保單文件。

如果您有門診手術	設施費用（如流動手術中心）	30% 共同保險 不適用於 自付額	不受保	需要 預先核准
	醫師/外科醫生費用	30% 共同保險 不適用於 自付額	不受保	
如果您需要立即就醫	急診室護理	30% 共同保險 /次	$400 共付額 /次	若住院則免除 共付額
	緊急醫療運輸	30% 共同保險 /程	$250 共付額 /程	無
	緊急護理	$55 共付額 不適用於 自付額	$50 共付額 不適用於 自付額	無
如果您需要住院	設施費用（如醫院病房）	30% 共同保險	不受保	需要 預先核准
	醫師/外科醫生費用	30% 共同保險 不適用於 自付額	不受保	需要 預先核准
如果您需要心理健康，行為健康，或物質濫用服務	門診服務	門診: 免費 其他門診: $55 共付額 /次 不適用於 自付額	不受保	其它門診服務包括：精神科間歇性住院，精神科深切門診治療，藥物濫用日間治療，及藥物濫用深切門診治療。
	住院服務	30% 共同保險	不受保	需要預先核准
如果您是孕婦	辦公室門診	免費	不受保	費用分攤 不適用於 預防性服務。根據服務類型的不同，可能需要交 共付額 。產婦護理可能包括本文其他地方所描述的測試和服務（如，超聲波）。
	分娩/生產專業服務	30% 共同保險 不適用於 自付額	不受保	
	分娩/生產設施服務	30% 共同保險	不受保	
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	$45 共付額 /次 不適用於 自付額	不受保	需要 預先核准
	康复服務	$55 共付額 /次 不適用於 自付額	不受保	需要 預先核准

	培建服務	$55 共付額 /次 不適用於 自付額	不受保	需要 預先核准。
	專業護理	30% 共同保險	不受保	需要 預先核准 每個日曆年僅保障 100 天。
	耐用醫療設備	30% 共同保險 不適用於 自付額	不受保	需要 預先核准
	臨終關懷服務	免費	不受保	需要 預先核准
如果您的小孩需要牙科或眼科護理	小孩的眼睛檢查	免費	不受保	每年度檢查 1 次
	小孩的眼鏡	免費	不受保	每年度 1 副 - VSP 兒科系列鏡框全額保障（或以隱形眼鏡代替眼鏡）
	小孩的牙齒檢查	免費	不受保	每 6 個月檢查 1 次

排除的服務及其他承保的服務：

您的 計劃 一般不承保的服務（欲知更多訊息和其他任何 排除的服務 的清單，請查閱您的保單或計劃文件。）		
• 脊椎神經護理	• 助聽器	• 私人看護
• 整容手術	• 不孕症治療	• 例行眼部護理（成人）
• 牙齒護理（成人）	• 長期護理	• 日常足部護理
	• 非緊急護理（在美國境外旅行時）	• 減肥計劃

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 文件。）	
• 針灸	• 減肥手術

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：您還可以聯絡您的state insurance department at 1-888-466-2219（California Department of Managed Health Care）。其他保險的選項也可以提供給您，包括透過健保商場Marketplace購買個人保險。欲知更多訊息有關Marketplace的訊息, 請造訪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 計劃否決了索賠而有所抱怨的話，有些機構可以幫助您。這種抱怨被稱為 投訴 或 申訴。有關您的權利更多的訊息，請看一下您將收到該醫療索賠的福利說明。您的計劃文件還提供完整的資訊關於提出索賠, 申訴, 或投訴任何對於您的計劃不滿的理由。有關您的權利，本通知，或協助更多的訊息：請聯繫 CCHP 1-888-775-7888、透過 https://cchphealthplan.com/employer-member 提交申訴表格或者以書面形式向CCHP提交申訴 445 Grant Avenue, Suite 700 , San Francisco, CA 94108。如果您對CCHP有不滿，您也可以聯繫California Department of Managed Health Care 1-888-466-2219 或 http://www.dmhc.ca.gov 。

本計劃是否提供最低基本健保範圍？ 是

如果您長達一個月沒有 最低基本健保範圍 ，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

如果您的 計劃不符合最低價值標準, 你可能有資格得到一項保費稅收抵免，以幫助您透過 Marketplace購買一個計劃。

語言接通服務：

西班牙文 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-415-834-2118.

菲律賓語 (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-415-834-2118.

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼 1-415-834-2118。

印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-415-834-2118.

查看本計劃如何可能涵蓋樣本醫療狀況的費用，請參閱下一節。

有關這些保險的範例：

這不是一個費用估算工具。所顯示的治療僅為本計劃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，提供者提供者收取的費用，以及許多其他因素。著眼於計劃下 費用分攤的金額（自付額, 共付額和 共同保險)以及排除的服務。使用本訊息來比較在不同的健康保險計劃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 總 自付額 為	$2,250
■ 專科醫師 共付額	$90
■ 醫院 (設施) 共同保險	30%
■ 其他 屬唵儆韓	30%

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	**$7,900**

在本範例中，佩琪應支付：

費用分攤	
自付額	$2,250
共付額	$700
共同保險	$1,900
沒有承保的為	
限制或排除的	$60
佩琪應支付的總金額為	**$4,910**

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 總 自付額 為	$2,250
■ 專科醫師 共付額	$90
■ 醫院 (設施) 共同保險	30%
■ 其他 屬唵儆韓	30%

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	**$1,500**

在本範例中，喬應支付：

費用分攤	
自付額	$0
共付額	$800
共同保險	$200
沒有承保的為	
限制或排除的	$3,100
喬應支付的總金額為	**$4,100**

米雅的輕微骨折
（網絡內急診室門診和後續治療）

■ 該 計劃 總 自付額 為	$2,250
■ 專科醫師 共付額	$90
■ 醫院 (設施) 共同保險	30%
■ 其他 屬唵儆韓	30%

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	**$1,030**

在本範例中，米雅應支付：

費用分攤	
自付額	$1,300
共付額	$400
共同保險	$70
沒有承保的為	
限制或排除的	$0
米雅應支付的總金額為	**$ 1770**

本計劃將負責這些範例所承保服務的其他費用。