

 《福利和承保摘要》(SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向您介紹了您與計劃如何分擔承保的醫療保健服務的費用。注意：本計劃費用 (稱為保費) 的資訊將單獨提供。這只是摘要。想要瞭解您的承保的更多資訊，或想要獲取一份完整的承保條款的複件，請致電 1(800) 288-5555，亦可造訪 [sfhp.org](http://sfhp.org)。想要瞭解允許金額、差額負擔、共同保險、共付額、自付額、提供者等常見術語或其他帶下劃線術語的一般定義，請參見術語表。亦可瀏覽 [healthcare.gov/sbc-glossary](http://healthcare.gov/sbc-glossary) 檢視術語表，或致電 1(800) 288-5555 索要一份術語表複件。

重要問題	回答	為什麼這一點很重要：
總自付額是多少？	\$ 0	參加下方《常見醫療事件》表，瞭解本計劃承保的服務的費用。
在您達到自付額前，有沒有保險負擔的服務？	是。	本計劃承保一些用品與服務，即使您尚未達到自付額金額。但可能會有共付額或共同保險。例如，在您達到您的自付額之前，本計劃承保某些預防性服務，而沒有費用分攤。參見承保的預防性服務的清單，網址為 <a href="http://healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> 。
特定服務是否有其他自付額？	否	您不必達到自付額就可獲得特定服務。
本計劃的自付費用限額是多少？	\$250 個人 / \$250 家庭	自付費用限額為您一年可能為保險負擔的服務支付的最高金額。如果本計劃中有您的其他家庭成員，則必須達到家庭的總自付費用限額。
什麼沒有包含在自付費用限額中？	月費、差額賬單費用 (除非差額賬單受禁止) 以及醫療保健不包含在本計劃中。	即使您支付這些費用，它們也不計入自付費用限額。
如果您使用網路內提供者，您支付的費用會不會減少？	是。瀏覽 <a href="http://sfhp.org">sfhp.org</a> 或致電 1(800) 288-5555 獲取網路內提供者名單。	本計劃使用一個提供者網路。如果您使用計劃網路中的提供者，您支付的費用將減少。如果使用網路外提供者，您支付的費用將最多，您將收到一份一名提供者提供的賬單，上面記載了提供者的收費與您的計劃支付的費用的差額 (差額負擔)。請注意，您的網路內提供者可能使用網路外提供者提供某些服務 (如實驗室工作)。請先諮詢您的提供者，然後再接受服務。
您是否需要轉診才能看專科醫生？	是。	本計劃將支付保險負擔的服務內看專科醫生的部份或全部費用，但前提是只有您是在轉診後看的專科醫生。



此表中所示的所有共付額與共同保險費用均為您達到自付額後的金額，若自付額適用。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的金額		限制、例外與其他重要資訊
		網路內提供者 (您將支付最少的費用)	網路外提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您去醫療保健提供者的辦公室或診所就診	治療外傷或疾病的初級治療就診	\$10 <u>共付額</u> /就診	未承保	無
	<u>看專科醫生</u>	\$10 <u>共付額</u> /就診	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> 。
	<u>預防性護理/篩選/</u> 免疫	不收費	未承保	您可能需要支付非預防性服務的費用。向提供者諮詢所需服務是否是預防性服務。然後查看您的計劃將要支付的金額。
如果您做檢查	<u>診斷性檢查</u> (x 光、血液檢測)	不收費	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> ，這取決於服務。
	成像檢查 (CT/PET 掃描、MRI)	不收費	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> ，這取決於服務。
如果您需要治療您的疾病或狀況的藥物 更多有關 <u>處方藥品承保</u> 的資訊，可造訪 <a href="http://sfhp.org">sfhp.org</a>	非品牌藥物	\$10 <u>自付額</u> /處方	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> 。承保多數非品牌藥物 90 天的供應量；安眠類鎮痛藥物 30 天的供應量。最多 12 個月供應量的 FDA 批准的避孕藥品和裝置無共付額。
	首選品牌藥品	\$10 <u>共付額</u> /處方	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> 。承保大多數品牌藥品最多 30 天的供應量；用於治療慢性病狀的品牌藥品，最多供應 90 天；最多 12 個月供應量的 FDA 批准的避孕

\*想要更多地瞭解限制與例外的資訊，請瀏覽 [sfhp.org](http://sfhp.org) 查看計劃或保單文件。



此表中所示的所有 [共付額](#) 與 [共同保險](#) 費用均為您達到 [自付額](#) 後的金額，若 [自付額](#) 適用。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的金額		限制、例外與其他重要資訊
		網路內提供者 (您將支付最少的費用)	網路外提供者 (您將支付最多的費用)	
				藥品和裝置無共付額。
	非首選品牌藥品	\$15 <a href="#">共付額</a> /處方	未承保	可能需要 <a href="#">預先授權</a> 。當處方集上的一種藥物既是品牌藥品，又是非品牌藥品，但您的提供者要求品牌藥品時，需要預先授權。
	<a href="#">特殊藥物</a>	\$10 <a href="#">共付額</a> /非品牌或首選品牌藥品處方 \$15 <a href="#">共付額</a> /非首選品牌藥品處方	未承保	可能需要 <a href="#">預先授權</a> 。承保多數品牌藥品最多 30 天的供應量；用於治療慢性病狀的非品牌和品牌藥品的 90 天供應量。最多 12 個月供應量的 FDA 批准的避孕藥品和裝置無共付額。
如果您要做門診手術	設施費用 (如門診手術中心)	不收費	未承保	可能需要 <a href="#">預先授權</a> 。
	內科醫生/外科醫生費用	不收費	未承保	可能需要 <a href="#">預先授權</a> 。
如果您需要立即的醫療護理	<a href="#">急診室服務</a>	\$15 <a href="#">共付額</a>	\$15 <a href="#">共付額</a>	<a href="#">如果住院，則免除共付額。</a>
	<a href="#">急診醫療交通</a>	不收費	不收費	無
	<a href="#">緊急護理</a>	\$15 <a href="#">共付額</a>	\$15 <a href="#">共付額</a>	<a href="#">網路外提供者</a> 可能需要 <a href="#">預先授權</a> 。
如果您住院	設施費 (如病房)	不收費	未承保	可能需要 <a href="#">預先授權</a> 。
	內科醫生/外科醫生費用	不收費	未承保	可能需要 <a href="#">預先授權</a> 。

\*想要更多地瞭解限制與例外的資訊，請瀏覽 [sfhp.org](http://sfhp.org) 查看計劃或保單文件。



此表中所示的所有共付額與共同保險費用均為您達到自付額後的金額，若自付額適用。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的金額		限制、例外與其他重要資訊
		網路內提供者 (您將支付最少的費用)	網路外提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您需要精神健康、行為健康或藥物濫用服務	門診服務	\$10 <u>共付額</u> /就診	未承保	如果被診斷患有嚴重情緒紊亂疾病，則不收費
	住院服務	不收費	未承保	無
如果您懷孕	診所就診	不收費	未承保	無
	生產/分娩專業服務	不收費	未承保	無
	生產/分娩設施服務	不收費	未承保	無
如果您需要幫助恢復或有其他特殊保健需求	<u>居家醫療保健</u>	不收費	未承保	每個福利年最多 100 天。 <u>康復服務</u> 與 <u>小兒康復服務</u> 可能有 <u>共付額</u> 與限制。
	<u>康復服務</u>	\$10 <u>共付額</u> /就診	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> 。 <u>共付額</u> 不適用於住院服務。任何單一疾病或受傷在首次治療之後最多包含 60 個連續日曆天。
	<u>小兒康復服務</u>	\$10 <u>共付額</u> /就診	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> 。 <u>共付額</u> 不適用於住院服務。任何單一疾病或外傷在首次治療之後最多連續 60 個日曆天。
	<u>專業護理</u>	不收費	未承保	每個福利年最多 100 天。 <u>康復服務</u> 與 <u>小兒康復服務</u> 可能有 <u>共付額</u> 與限制。
	<u>耐用醫療設備</u>	不收費	未承保	需要 <u>預先授權</u> 。
	<u>善終服務</u>	不收費	未承保	可能需要 <u>預先授權</u> 。 <u>可能有康復服務</u>

\*想要更多地瞭解限制與例外的資訊，請瀏覽 [sfhp.org](http://sfhp.org) 查看計劃或保單文件。



此表中所示的所有共付額與共同保險費用均為您達到自付額後的金額，若自付額適用。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的金額		限制、例外與其他重要資訊
		網路內提供者 (您將支付最少的費用)	網路外提供者 (您將支付最多的費用)	
				與 <u>小兒康復服務共付額</u> 與限制。
如果您的孩子需要 牙科或眼科保健	兒童眼睛檢查	\$5 <u>共付額</u> /就診	未承保	每年最多一次檢查。
	兒童眼鏡	鏡框津貼 最高 \$100 鏡片津貼 最高 \$110	未承保	每年最多一次。
	兒童牙科檢查	不收費	未承保	無

#### 被排除的服務和其他保險負擔的服務：

您的計劃通常不承保的服務 (查看您的保單或計劃文件以瞭解更多資訊，並獲取任何其他排除的服務的清單。)

- 針灸
- 減肥手術
- 脊椎護理
- 整容手術
- 不孕治療
- 在美國境外旅行時的非急診服務
- 私人護理
- 常規足部護理
- 減肥計劃

其他保險負擔的服務 (這些服務可能會有一些限制。這不是完整清單。請參見您的計劃文件。)

- 牙科護理 (成年人)
- 助聽器
- 長期護理
- 常規眼科護理 (成年人)

**保費：**Healthy Kids HMO 的**保費**為每名會員每年 \$189，每個家庭最高保費金額為 \$567。請聯絡 San Francisco Health Plan Customer Service 獲得保費援助，聯絡方式為 1(415) 547-7800 或免費電話 1(800) 288-5555，營業時間為週一至週五的 8:30am 至 5:30pm。如果您是聽力受損者，請致電 TDD 1(888) 883-7347。

**您繼續獲得承保的權利：**如果您想在承保結束後繼續獲得承保，有許多機構可以幫您。這些機構的聯絡資訊位於美國衛生與公眾服務部消費者資訊與保險監督中心，可致電 1(877) 267-2323 x61565 或瀏覽 [cciio.cms.gov](http://cciio.cms.gov) 獲取。您還可以利用其他承保選項，包括透過健康保險**市場**購買個人保險承保。如欲瞭解**市場**的更多資訊，請瀏覽 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) 或致電 1(800) 318-2596。

**您的申訴與上訴權利：**如果您的**索賠**被拒絕，您想就此投訴您的**計劃**，則許多機構可以幫您。該投訴被稱為**申訴**或**上訴**。如需關於您的權利的更多資訊，請參考您就該醫療**索賠**將要收到的福利的解釋。您的**計劃**文件也提供完整的資訊，幫助您以任何理由向您的**計劃**提出**索賠**、**上訴**、或**申訴**。如需關於您的權利、本聲明或援助的更多資訊，請聯絡 California 管理式醫療保健部門，電話 1(888) 466-2219 或造訪 [dmhc.ca.gov](http://dmhc.ca.gov)。

#### **本計劃提供最低基本承保嗎？是**

如果您長達一個月沒有**最低基本承保**，那麼除非您有當月健康承保的豁免資格，否則您將必須在繳納稅表時付費。

#### **本計劃滿足最小值標準嗎？是**

如果您的**計劃**不滿足**最小值標準**，則您可能沒有資格獲得**保費稅額減免**，以幫助您透過**市場**支付**計劃**的費用。

#### **語言接入服務：**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1(800) 288-5555.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1(800) 288-5555.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1(800) 288-5555.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1(800) 288-5555.

—————**想要查看本計劃如何承保示例醫療狀況費用的例子，請參見下一部分。**—————

關於這些承保示例：



這不是費用估算器。所示治療只是本計劃如何承保醫療護理的例子。您的實際費用會有所不同，這取決於您接受的實際護理、提供者的收費價格和諸多其他因素。關注費用分攤金額 (自付額、共付額與共同保險) 及本計劃下排除的服務。使用此資訊比較您在不同健康計劃下可能支付的費用。請注意，這些承保示例基於唯我承保。

Peg 懷孕了 (9 個月的網路內產前護理與醫院分娩)		管理 Joe 的 2 型糖尿病 (控制良好病狀的一年網路內常式服務)		Mia 單純骨折 (網路內急診室看診與跟進護理)	
▪ <u>計劃</u> 的總 <u>自付額</u>	\$0	▪ <u>計劃</u> 的總 <u>自付額</u>	\$0	▪ <u>計劃</u> 的總 <u>自付額</u>	\$0
▪ <u>專科醫生共付額</u>	\$10	▪ <u>專科醫生共付額</u>	\$10	▪ <u>專科醫生共付額</u>	\$10
▪ 醫院 (設施) <u>共付額</u>	\$0	▪ 醫院 (設施) <u>共付額</u>	\$0	▪ 醫院 (設施) <u>共付額</u>	\$15
▪ 其他 <u>共付額</u>	\$10/\$15	▪ 其他 <u>共付額</u>	\$10/\$15	▪ 其他 <u>共付額</u>	\$10/\$15
<p>本示例事件包括多種服務，如：</p> <p>專科醫生診所就診 (產前護理)</p> <p>生產/分娩專業服務</p> <p>生產/分娩設施服務</p> <p>診斷檢查 (超聲波與血液檢查)</p> <p>專科醫生出診(麻醉)</p>		<p>本示例事件包括多種服務，如：</p> <p>主治醫生診所就診</p> <p>(包括疾病教育)</p> <p>診斷檢查 (血液檢查)</p> <p>處方藥物</p> <p>耐用醫療設備 (血糖儀)</p>		<p>本示例事件包括多種服務，如：</p> <p>急診室護理</p> <p>(包括醫療用品)</p> <p>診斷檢查 (x 光)</p> <p>耐用醫療設備 (拐杖)</p> <p>康復服務 (物理療法)</p>	
<b>總示例費用</b>	<b>\$12,800</b>	<b>總示例費用</b>	<b>\$7,400</b>	<b>總示例費用</b>	<b>\$1,900</b>
在本示例中，Peg 將支付：		在本示例中，Joe 將支付：		在本示例中，Mia 將支付：	
<b>費用分攤</b>		<b>費用分攤</b>		<b>費用分攤</b>	
自付額	\$0	自付額	\$0	自付額	\$0
共付額	\$50	共付額	\$250	共付額	\$45
共同保險	\$0	共同保險	\$0	共同保險	\$0
<b>不承保的服務</b>		<b>不承保的服務</b>		<b>不承保的服務</b>	
限制或除外	\$0	限制或除外	\$60	限制或除外	\$0
<b>Peg 支付的總金額為</b>	<b>\$50</b>	<b>Joe 支付的總金額為</b>	<b>\$310</b>	<b>Mia 支付的總金額為</b>	<b>\$45</b>

本計劃將負責支付這些示例保險負擔的服務的其他費用。