


**!** 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。有關您承保的其他資訊，或如欲取得承保的完整條款，請造訪 [azblue.com/member](http://azblue.com/member)。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 [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) 檢視術語表，或撥打 **1-855-PROSANO (1-855-776-7266)** 索取。

重要問題	答案	此事的重要性：
總 <u>自付額</u> 是多少？	<p><b>PPO：網絡內：</b>每個人 <b>\$500</b> 或每戶 <b>\$1,000</b></p> <p><b>Prosano Health：</b>在 Prosano Health（不包括藥品和設備）接受面對面或線上服務可<b>免除自付額</b>。</p> <p><b>PPO：網絡外：</b>每個人 <b>\$1,000</b> 或每戶 <b>\$2,000</b></p>	<p>一般而言，您必須支付所有的<u>醫療服務提供者</u>費用並達到<u>自付額</u>後，本計劃才會開始付費。如果您有其他家人在本計劃內，他們也必須達到自己的<u>自付額</u>，直到所有家人支付的總<u>自付額</u>達到整體的家庭<u>自付額</u>為止。除非已列出<u>共付額</u>、<u>費用</u>或其他百分比，否則您為大多數服務所支付之<u>允許額</u>的<u>共同保險</u>百分比為 Prosano Health 0%（不收費），PPO <u>網絡內</u> 10%，<u>網絡外</u> 30%。</p>
在您達到 <u>自付額</u> 之前，有哪些服務屬於承保範圍？	<p>是。<b>PPO 及 Prosano Health：</b>特定<u>網絡內預防服務</u>；<u>網絡內初級照護</u>和<u>專科醫生就診</u>；<u>處方藥物</u>；<u>急診室照護</u>；<u>網絡內緊急照護門診</u>。</p> <p>僅限 <b>Prosano Health：</b>於 Prosano Health <u>網絡內</u>提供之進階<u>初級照護</u>服務。</p>	<p>即使您尚未達到<u>自付額</u>，本計劃仍會承保部分項目與服務。但可能要支付<u>共付額</u>或<u>共同保險</u>。例如，本計劃會在您達到<u>自付額</u>之前承保特定<u>預防服務</u>的費用，且無<u>費用分擔</u>。承保<u>預防服務清單</u>，請參閱 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>。</p>
特定服務是否有其他 <u>自付額</u> ？	否。	您無須達到 <u>自付額</u> 即可獲得特定服務。
本計劃的 <u>自付限額</u> 是多少？	<p><u>網絡內：</u>每個人 <b>\$2,000</b> 或每戶 <b>\$4,000</b></p> <p><u>網絡外：</u>每個人 <b>\$5,000</b> 或每戶 <b>\$10,000</b></p>	<p><u>自付限額</u>是您在一年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<u>自付限額</u>，直到整體的家庭<u>自付限額</u>已達到為止。</p>
<u>自付限額</u> 中不包括哪些費用？	<p>保費、<u>網絡外預先授權</u>費用、<u>差額收費</u>，及本計劃不予承保的健康照護費用。</p>	<p>雖然您支付這些費用，但這些費用不計入<u>自付限額</u>中。</p>

重要問題	答案	此事的重要性：
如果使用網絡內醫療服務提供者，是否可支付較低費用？	是。請造訪 <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a> 或撥打 1-855-PROSANO (1-855-776-7266)，取得網絡內醫療服務提供者清單。	本計劃使用醫療服務提供者網絡。如果您使用本計劃的網絡內醫療服務提供者，您將支付較低費用。如果您使用網絡外醫療服務提供者，則要支付最高的費用，且可能會收到醫療服務提供者針對醫療服務提供者所收費用及本計劃所支付費用兩者之落差（差額收費）所開立的帳單。請注意：您的網絡內醫療服務提供者可能會在部分服務上使用網絡外醫療服務提供者（例如化驗作業）。在取得服務前，請先向醫療服務提供者確認。
我是否需要經由轉介才能看專科醫師？	否。	您無需轉介即可向自己選擇的專科醫生求診。

 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	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡內醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您去一家健康照護醫療服務提供者的診所	治療受傷或生病的基礎照護就診	<b>Prosano Health</b> ：免費，自付額不適用 <b>PPO 醫療服務提供者</b> ：\$15 共付額，自付額不適用	30% 共同保險及差額收費	可能需獲預先授權。如果沒有獲得網絡外醫療服務的預先授權，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。大多數的脊骨神經科醫療服務需收取專科醫生共付額。透過 BlueCare Anywhere <sup>SM</sup> 進行的遠距醫療看診的共付額為 \$15。
	專科醫生看診	\$15 共付額，自付額不適用		
	預防照護／篩檢／疫苗接種	免費，自付額不適用	30% 共同保險及差額收費	

一般醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡內醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您要做檢查	診斷檢查 (X光、驗血)	診所就診共付額，自付額不適用或 10% 共同保險	30% 共同保險，可能會有差額收費	可能需獲預先授權。如果沒有獲得網絡外醫療服務的預先授權，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。根據服務地點和醫療服務提供者的網絡狀態和類型，費用分攤會有所不同。在 Prosano Health 進行的化驗服務不收取費用。
	成像 (CT/PET 掃描、MRI)	\$100 使用費，加上 10% 共同保險		
如果您需要使用藥物來治療疾病或病症有關處方藥承保範圍的更多資訊，請造訪 <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a>	層級 1	\$10 共付額 / 30 天份，自付額不適用	\$10 共付額 / 30 天份及差額收費，自付額不適用	有些藥物需要預先授權，否則不予承保。90 天藥量的費用在零售藥局為 3 倍共付額，郵購則為 2 倍共付額。網絡外不承保郵購和 90 天藥量的零售供應。在可取得學名藥的情況下，則支付層級 1 (學名藥) 共付額 + 部分原廠藥允許額之間的差額。
	層級 2	\$20 共付額 / 30 天份，自付額不適用	\$20 共付額 / 30 天份及差額收費，自付額不適用	
	層級 3	\$35 共付額 / 30 天份，自付額不適用	\$35 共付額 / 30 天份及差額收費，自付額不適用	
	專科藥物	共付額 (自付額不適用)： 層級 A：\$60 層級 B：\$110 層級 C：\$160 層級 D：\$210	不承保	專科共付額可支付最多 30 天的供藥。若無預先授權則不予承保。
如果您要做門診手術	設施費 (如流動手術中心)	\$100 使用費，加上 10% 共同保險	30% 共同保險及差額收費	可能需獲預先授權。如果沒有獲得網絡外醫療服務的預先授權，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。
	醫師 / 外科醫師費	10% 共同保險	30% 共同保險，可能會有差額收費	

一般醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡內醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您需要立即獲得醫療照護	急診室照護	\$75 共付額，自付額不適用		如果您是以住院病患入院，並支付住院病患自付額及共同保險，則可免除共付額。入院觀察不屬於住院病患。網絡外醫療服務提供者不得就允許額和帳單費用之間的差額進行差額收費。
	緊急醫療運送	10% 共同保險		無
	緊急照護	\$15 共付額，自付額不適用	\$15 共付額，自付額不適用，另需加差額收費	無
如果您要住院	設施費（如醫院病房）	\$100 使用費，加上 10% 共同保險	30% 共同保險及差額收費	可能需獲預先授權。如果沒有獲得網絡外醫療服務的預先授權，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。
	醫師／外科醫師費	10% 共同保險	30% 共同保險，可能會有差額收費	
	長期急性護理	10% 共同保險	30% 共同保險及差額收費	可能需獲預先授權。如果沒有獲得網絡外醫療服務的預先授權，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。EAR、SNF 和 LTAC 合併計算，每日曆年共限 60 天。
如果您需要精神健康、行為健康或濫用藥物服務	門診服務	診所就診共付額，自付額不適用或 10% 共同保險。共付額金額視主治醫生／專科醫生而異。	10% 共同保險，可能會有差額收費	可能需獲預先授權。如果沒有獲得網絡外醫療服務的預先授權，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。診所、到府看診及免預約診所需付共付額。所有其他地點均需支付共同保險。看診共付額為 \$15，透過 BlueCare Anywhere <sup>SM</sup> 進行的心理諮商和精神科遠距看診需支付 \$15 的共付額，Prosano Health 則不收費。
	住院病患服務	\$100 使用費，加上 10% 共同保險	30% 共同保險，可能會有差額收費	可能需獲預先授權。如果沒有獲得網絡外醫療服務的預先授權，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。

一般醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡內醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您懷孕	診所就診	診所就診 <u>共付額</u> ， <u>自付額</u> 不適用或 10% <u>共同保險</u>	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	支付予醫生服務的總收費中，只收取一次 <u>共付額</u> 。依據服務類型，可能適用使用費、 <u>共付額</u> 、 <u>共同保險</u> 或 <u>自付額</u> 。產科照護可能包括 <u>SBC</u> 其他地方所述的檢查與服務（即超音波）。 <u>網絡內預防服務</u> 不適用 <u>費用分攤</u> 。
	生產／分娩專業服務		30% <u>共同保險</u> ，可能會有 <u>差額收費</u>	
	生產／分娩設施服務	\$100 使用費，加上 10% <u>共同保險</u>	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	<u>居家健康護理</u> ／居家輸液療法	10% <u>共同保險</u>	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	可能需獲 <u>預先授權</u> 。如果沒有獲得 <u>網絡外醫療服務的預先授權</u> ，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。看護不予承保。
	<u>復健服務</u> • EAR = 延長主動式復健設施 • PT/OT/ST/CT = 物理治療、職能治療、語言治療、認知治療	EAR：10% <u>共同保險</u>  物理治療／職能治療／語言治療／認知治療／呼吸治療：\$15 <u>共付額</u> ， <u>自付額</u> 不適用	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	可能需獲 <u>預先授權</u> 。如果沒有獲得 <u>網絡外醫療服務的預先授權</u> ，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。EAR、SNF 和 LTAC 合併計算，每日曆年共限 60 天。 <u>計劃</u> 不支付團體物理及職能治療。
	<u>適應訓練服務</u>	\$15 <u>共付額</u> ， <u>自付額</u> 不適用	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	
	<u>專業護理照護</u> 在專業護理機構 (SNF) 內	10% <u>共同保險</u>	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	
	<u>耐用醫療設備</u>	10% <u>共同保險</u>	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	可能需獲 <u>預先授權</u> 。如果沒有獲得 <u>網絡外醫療服務的預先授權</u> ，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。
	<u>安寧護理服務</u>	10% <u>共同保險</u>	30% <u>共同保險</u> 及 <u>差額收費</u>	可能需獲 <u>預先授權</u> 。如果沒有獲得 <u>網絡外醫療服務的預先授權</u> ，您的索賠可能會遭拒或需支付 \$500 的費用。

一般醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡內醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外醫療服務提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您的孩子需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查	不承保	不承保	不包含在內。依據「預防照護／篩檢／疫苗接種」承保未滿 5 歲會員的篩檢。
	兒童眼鏡	不承保	不承保	不包含在內
	兒童牙科檢查	不承保	不承保	不包含在內

### 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（更多資訊及任何其他非承保服務清單，請查閱保單或計劃文件。）

- 針灸
- 替代藥物
- 減肥手術
- 每日曆年超過 36 次的心臟復健門診
- 非屬醫療上必要的護理
- 美容手術、美容服務和用品
- 看護
- 除了牙科意外的牙科護理
- 超出 DME 購買價格的 DME 租用／維修費用
- 實驗性和試驗性治療，計劃中已載明者除外
- 眼鏡（白內障手術後除外）
- 扁平足治療與服務，計劃中已載明者除外
- 基因和染色體檢測，計劃中已載明者除外
- 助聽器，單耳每 3 年超過 1 個
- 每日曆年超過 60 天的 EAR 住院、SNF 治療及 LTAC
- 非依實證標準允許的按摩療法
- 網絡外郵購藥物、網絡外專科藥物和網絡外 90 天藥量的零售供應
- 州或聯邦法律未要求承保的預防服務
- 私人看護
- 喘息服務，計劃中已載明者除外
- 例行眼科照護
- 例行足部照護
- 醫療承保準則排除的服務、檢測和程序
- 性功能障礙治療和服務
- 減肥計劃

#### 其他承保服務（這些服務可能有所限制。這不是完整清單，請查閱您的計劃文件。）

- 整脊照護
- 在美國境外旅行時的非急救照護
- 生育及不孕之藥物和治療

**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享有該承保項目，有一些機構可提供協助。相關機構的聯絡資訊如下：

- 針對受 ERISA 管轄的團體健康保險，請致電 1-866-444-EBSA (3272)，或透過 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) 與美國勞工部的勞工福利安全管理委員會聯絡。
- 有關非聯邦政府的團體健康計劃，請聯絡美國衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services) 客戶資訊和保險監督中心 (Center for Consumer Information and Insurance Oversight)，電話：1-877-267-2323 x61565，或造訪 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)。
- 教會計劃不在聯邦 COBRA 連續承保規定的承保範圍內。若承保範圍已有保險，民眾應聯絡 Arizona Department of Insurance (602-364-2499，或者 Arizona 的 Phoenix 以外地區請撥打 1-800-325-2548)，洽詢有關依據州法律連續承保的可能權利。

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。如需交易市場的詳細資訊，請造訪 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或撥打 1-800-318-2596。

**您的申訴及上訴權利：**如果您因為索賠遭拒而想要投訴本計劃，有一些機構能提供協助。此類投訴稱為申訴或上訴。如需有關您權利的詳細資訊，請查閱您收到的醫療索賠福利說明。您的計劃文件也提供了完整資訊，說明如何針對任何理由向您的計劃提出索賠、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：

- 有關受 ERISA 管轄的團體健康保險，請聯絡 Blue Cross Blue Shield of Arizona，電話：1-855-PROSANO (1-855-776-7266)。您還可聯絡美國勞工部的勞工權益安全委員會（撥打 1-866-444-EBSA (3272) 或造訪 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)）。若您的承保範圍已有保險，您也可聯絡 Arizona Department of Insurance，電話 602-364-2499，或者 Arizona 的 Phoenix 以外地區請撥打 1-800-325-2548。
- 有關非聯邦政府團體健康計劃和屬於團體健康計劃的教會計劃，請聯絡 Blue Cross Blue Shield of Arizona，電話：1-855-PROSANO (1-855-776-7266)。若您的承保範圍已有保險，您也可聯絡 Arizona Department of Insurance，電話 602-364-2499；Arizona 的 Phoenix 以外地區請撥打 1-800-325-2548 或前往 <https://difi.az.gov/consumer/i/health>。

**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。





C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 ◦

## 關於這些承保範例



**這不是成本估算器。**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 要生小孩了

(9 個月的網絡內產前護理與醫院分娩)

■本計劃的整體自付額	\$500
■專科醫生共付額	\$15
■醫院(設施)共同保險	10%
■其他共同保險	10%

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)  
 專科門診(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	\$500
共付額	\$130
共同保險	\$940
哪些項目不承保	
限額或不承保的服務	\$50
<b>Peg 總共需支付</b>	<b>\$1,620</b>

### 管理 Joe 的第 2 型糖尿病

(病情控制良好並接受一年的網絡內例行照護)

■本計劃的整體自付額	\$500
■專科醫生共付額	\$10%
■醫院(設施)共同保險	10%
■其他共同保險	10%

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	\$50
共付額	\$620
共同保險	\$0
哪些項目不承保	
限額或不承保的服務	\$20
<b>Joe 總共需支付</b>	<b>\$690</b>

### Mia 的輕微骨折

(網絡內急診室就診及追蹤照護)

■本計劃的整體自付額	\$500
■專科醫生共付額	\$15
■醫院(設施)共同保險	10%
■其他共同保險	10%

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	\$500
共付額	\$110
共同保險	\$140
哪些項目不承保	
限額或不承保的服務	\$0
<b>Mia 總共需支付</b>	<b>\$750</b>

本計劃會負擔這些「範例」承保服務的其他費用。

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) 遵守適用的聯邦民權法，且不會因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。BCBSAZ 向難以與我們有效溝通的人士提供適當的免費協助和服務，例如合格翻譯人員和其他形式的書面資料。BCBSAZ 也提供免費的語言服務給母語非英語的人士，例如合格翻譯人員和其他形式的書面資料。若您需要這些服務，西班牙語服務請撥打 602-864-4884，其他語言以及其他協助和服務請撥打 1-877-475-4799。

MA-L20228-0124

BlueCare Anywhere 和 BlueSignature Prosano 是 Blue Cross Blue Shield Association 的服務商標，其為獨立的 Blue Cross and Blue Shield Plans 協會。