



這不是一份保單。如果您需要有關您的承保範圍和費用的詳情，可造訪 www.healthfirstny.org 或撥打 1-888-250-2220 獲取保單內的完整條款或保險計劃文件。

重要問題	答案	重要之因：
什麼是總自付額？	\$0	請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解您接受本計劃承保服務您須支付的費用。
具體服務有其他的自付額嗎？	否	對具體服務無須達到 自付額（自付扣除金） ，但請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解本計劃承保服務的其他費用。
在我的費用中有 自付限額 嗎？	\$2000	自付限額 是您在保單期限內（通常為一年）為承保服務費用中您分擔的份額所支付的最高金額。此限額幫助您規劃健康照護費用。
什麼不包括在 自付限額 中？	保費、差額收費及本計劃不予承保的健康照護服務費用。	即便您支付這些費用，這些費用也不會計入 自付限額 中。
保險計劃支付額是否有總年度限額？	否	從第 2 頁開始的圖表描述了計劃將為 具體 的承保服務（如診所就診）支付的限額。
本計劃使用 醫療服務提供者網絡 嗎？	是。請造訪 www.healthfirstny.org 或撥打 1-888-250-2220 獲取 網絡內醫療服務提供者 名單。	如果您使用網絡內醫師或其他 醫療服務提供者 ，本計劃將支付承保服務的部分或全部費用。請注意，您的網絡內醫師或醫院可能使用網絡外 醫療服務提供者 來提供一部分服務。各保險計劃使用「網絡內」、「 首選 」或「參與計劃的」等術語來描述在其 網絡 內的 醫療服務提供者 。請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解本計劃如何支付不同類型的 醫療服務提供者 。
我需要轉介才能去看 專家 嗎？	否	本計劃將支付承保服務中看 專家（專科醫師） 的部分或全部費用，您無需在看 專家 前取得本計劃的許可。
本計劃是否有不承保的服務？	是	本計劃不承保的部分服務列於第 7 頁。請參閱您的保單或保險計劃文件，瞭解關於 非承保服務 的其他資訊。

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。



- **共付額**是您為承保的健康照護所支付的固定金額（如 15 美元），通常在您接受服務時支付。
- **共同保險**是您為承保的服務費用分擔的份額，按服務**允許額**的百分率計算。例如，如果健康計劃一個晚上住院的**允許額**是 1,000 美元，那麼您的 20% **共同保險**費用應是 200 美元。如果您尚未達到**自付額**要求，則可能有變。
- 保險計劃為承保服務的付費以**允許額**為根據。如果**網絡外醫療服務提供者**收費超過**允許額**，您可能必須支付差額。例如，如果網絡外醫院就一個晚上住院收取 1,500 美元的費用，而**允許額**是 1,000 美元，您可能必須支付 500 美元的差額。（這種情況稱為**差額**。）
- 透過向您收取較低的**自付額**、**共付額**及**共同保險**，本計劃可能鼓勵您使用**網絡內醫療服務提供者**。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用 網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用 網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您去一家健康照護醫療服務提供者的診所	治療受傷或生病的主要照護就診	每次就診 \$15 共付額	不予承保	-----無-----
	專家就診	每次就診 \$25 共付額	不予承保	-----無-----
	其他執業者的診所就診	每次就診 \$25 共付額（護理師, 醫師助理和脊椎護理師）	不予承保	-----無-----
	預防照護／篩查／免疫	免費	不予承保	-----無-----

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您要做檢查	診斷檢查（X 光、驗血）	每次就診 \$15 共付額（在 PCP 診所內進行時）或 \$25 共付額（在門診設施內進行時）	不予承保	需要預先授權
	成像（CT/PET 掃描、MRI）	每次就診 \$15 共付額（在 PCP 診所內進行時）或 \$25 共付額（在門診設施內進行時）	不予承保	需要預先授權

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您需用藥物來治療生病或病症 www.healthfirstny.org 提供關於 處方藥物承保範圍 的更多資訊。	非品牌藥	\$6 共付額/30 天處方藥（零售）與 \$15 共付額/90 天處方藥（郵購）	不予承保	最多承保 30 天的藥量（零售處方藥）或 90 天的藥量（郵購處方藥）
	首選品牌藥	\$15 共付額/30 天處方藥（零售）與 \$38 共付額/90 天處方藥（郵購）	不予承保	最多承保 30 天的藥量（零售處方藥）或 90 天的藥量（郵購處方藥）
	非首選品牌藥	\$30 共付額/30 天處方藥（零售）與 \$75 共付額/90 天處方藥（郵購）	不予承保	最多承保 30 天的藥量（零售處方藥）或 90 天的藥量（郵購處方藥）
	專用藥	\$30 共付額/30 天處方藥（零售）與 \$75 共付額/90 天處方藥（郵購）	不予承保	最多承保 30 天的藥量（零售處方藥）或 90 天的藥量（郵購處方藥）
如果您要做門診手	設施費（如流動手術中心）	\$50 共付額	不予承保	需要預先授權

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
術	醫師／外科醫師費	\$25 共付額	不予承保	僅適用於醫院門診設施場所（包括獨立外科手術中心）內進行的手術，不適用於診所手術。
如果您需要立即獲得醫護	急救室服務	每次就診 \$75 共付額	付清自付額後，每次就診 \$75 共付額	若住院則免除共付額/共同保險
	緊急醫療運送	每次就診 \$75 共付額	付清自付額後，每次就診 \$75 共付額	-----無-----
	急需照護	每次就診 \$25 共付額	不予承保	-----無-----
如果您要住院	設施費（如醫院病房）	每次住院 \$150 共付額	不予承保	需要預先授權。但急診住院無需預先授權
	醫師／外科醫師費	每次手術 \$25 共付額	不予承保	僅適用於醫院住院或醫院門診設施場所（包括獨立外科手術中心）內進行的手術，不適用於診所手術。

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您因精神健康、行為健康或濫用藥物需要治療	精神／行為健康門診服務	每次就診 \$15 共付額	不予承保	-----無-----
	精神／行為健康住院服務	每次住院 \$150 共付額	不予承保	需要預先授權。但急診住院無需預先授權
	藥物使用失調門診服務	每次就診 \$15 共付額	不予承保	-----無-----
	藥物使用失調住院服務	每次住院 \$150 共付額	不予承保	需要預先授權。但急診住院無需預先授權
如果您懷孕	產前及產後照護	免費	不予承保	需要預先授權
	分娩及所有住院服務	每次住院 \$150 共付額	不予承保	需要預先授權

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	家居健康照護	\$15 共付額	不予承保	需要預先授權
	康復服務	\$15 共付額	不予承保	需要預先授權；根據每個計劃年度,每種病症的治療就診合計不超過 60 次
	復健服務	\$15 共付額	不予承保	需要預先授權；根據每個計劃年度,每種病症的治療就診合計不超過 60 次
	專業護理照護	每次住院 \$150 共付額	不予承保	需要預先授權；每個計劃年度 200 天
	耐用醫療設備	5% 共同保險	不予承保	需要預先授權
	善終服務	每次住院 \$150 共付額（住院）或付清自付額後，\$15 共付額（門診）	不予承保	需要預先授權；每個計劃年度 210 天（住院）；5 次喪親諮詢就診（門診）

非承保的服務及其他承保的服務

您的計劃不承保的服務（這份清單並不完整。請查看您的保單或保險計劃文件，瞭解其他			非承保之項。）
<ul style="list-style-type: none"> 針灸 整形手術 	<ul style="list-style-type: none"> 長期護理 在美國境外旅行時的非緊急醫療 	<ul style="list-style-type: none"> 例行眼科護理（成人） 例行足部護理 	

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

- 牙科（成人）
- 私人專職護理
- 減肥計劃

其他承保的服務（這份清單並不完整。請檢查您的保單或保險計劃文件，瞭解更多承保的服務及您接受這些服務的費用。）

- 肥胖症手術治療
- 人工流產服務
- 脊椎護理
- 不育症治療
- 助聽器

您繼續承保範圍的權利：

只要您支付您的**保費**，聯邦和州法律可能會為您提供保護，允許您保持此項健康保險承保。但會有例外情況，例如如果：

- 您有欺詐行為
- 保險公司停止在該州提供服務
- 您搬出承保地區

要想瞭解關於您繼續享有承保的權利的更多資訊，請撥打 1-888-250-2220 與保險公司聯絡。您還可以聯絡您所在州的保險部門（紐約州財政廳），電話：800-342-3736。

您的申訴及上訴權利：

如果您有抱怨或對您的保險計劃拒絕賠付要求感到不滿意，可能可以呈遞上訴或申訴。如果您對您的權利、本公告或協助有問題，可聯絡：

紐約州財政廳
New York State Department of Financial Services
One State Street

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

New York, NY 10004-1511
800-342-3736

此外，消費者援助計劃可幫助您進行上訴。請聯絡：

社區健康維護者
Community Health Advocates
105 East 22nd Street
New York, NY. 10011
888-614-5400
cha@cssny.org

這項保險是否提供最低基本承保？

《平價照護法案》（Affordable Care Act）規定大多數人擁有符合「最低基本承保」的醫療保險。這個計劃或保單 能提供 最低基本承保。

這項保險是否提供最低價值標準？

《平價照護法案》（Affordable Care Act）規定，每個健康計劃福利都必須有最低價值標準。最低價值標準是 **60%**（精算的價值）。這種健康承保提供的福利 能滿足 最低價值標準。

若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一頁。

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

關於這些承保範例：

這些範例顯示這個計劃在特定情況下可能承保醫療照護的方法。利用這些範例來查看，在通常情況下，如果一個示例病患有不同的保險計劃承保，可能獲得多少財務保護。



**這
不是一份費用
估計表。**

不要用這些範例來估計您在本計劃內的實際費用。您接受的實際照護將不同於這些範例，而且照護的費用也會有所不同。

請參閱下一頁瞭解關於這些範例的重要資訊。

生孩子 (正常分娩)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$7,540
- 計劃支付 \$6,850
- 病患支付 \$680

示例照護費用：

醫院收費（母親）	\$2,700
例行產科照護	\$2,100
醫院收費（嬰兒）	\$900
麻醉	\$900
實驗室測試	\$500
處方藥物	\$200
放射治療	\$200
疫苗、其他預防服務	\$40
總計	\$7,540

病患支付：

自付額	\$0
共付額	\$530
共同保險	\$0
限額或非承保服務	\$150
總計	\$680

管理二型糖尿病 (現存病情的 例行護理)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$5,400
- 計劃支付 \$4,730
- 病患支付 \$670

示例照護費用：

處方藥物	\$2,900
醫療設備和用品	\$1,300
診所就診及步驟	\$700
教育	\$300
實驗室測試	\$100
疫苗、其他預防服務	\$100
總計	\$5,400

病患支付：

自付額	\$0
共付額	\$530
共同保險	\$80
限額或非承保服務	\$80
總計	\$670

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。

關於承保範例的問答：

承保範例背後有哪些假設？

- 費用不包括 **保費**。
- 示例照護費用的依據是美國衛生及人類服務部（HHS）提供的全國平均值，不具體針對某個特定地區或健康計劃。
- 病患的病症不是非承保或承保前的病症。
- 所有服務和治療都在同一個承保期限內開始和結束。
- 本計劃承保的任何成員都沒有任何其他醫療費用。
- 自付費用只基於治療範例中的病症。
- 病患接受的所有照護都由網絡內 **醫療服務提供者** 提供。如果病患接受了網絡外 **醫療服務提供者** 的照護，費用可能會更高。

承保範例顯示了什麼？

針對每種治療情況，承保範例有助於您瞭解 **自付額**、**共付額** 及 **共同保險** 加起來可能達到的總額，還有助於您瞭解，因涉及的服務或治療未承保或有限制，您可能要支付多少剩餘的費用。

承保範例是否可以預測我本人的照護需求？

✘ **否**。所顯示的各種治療只是範例。依據您的醫師建議、您的年齡、您的病症嚴重程度及許多其他因素，您因這種病症需要接受的照護可能有所不同。

承保範例是否可以預測我將來的花費？

✘ **否**。承保範例不是費用估計表。您不能利用這些範例來估計實際病症的費用。這些範例僅用於比較目的。您本人的費用會有所不同，具體取決於您接受的照護、您的 **醫療服務提供者** 收費的價格及您的健康計劃允許的償付額。

我是否可以利用承保範例來比較各種計劃？

✓ **是**。當您查看其他計劃的福利和承保範圍摘要時，您會發現同樣的承保範例。在您比較各種計劃時，請檢查每個範例的「病患支付」欄。該數字愈小，健康計劃提供的承保範圍愈大。

在比較各種計劃時，是否有我應該考慮的其他費用？

✓ **是**。一項重要的費用是您支付的 **保費**。一般而言，**保費** 愈低，您將要支付的自付費用愈多，如 **共付額**、**自付額** 及 **共同保險**。您還應該考慮為其他帳戶的供款，如幫助您支付自付費用的醫療儲蓄帳戶（HSA）、彈性支出帳戶（FSA）或健康給付帳戶（HRA）。

若有問題：請撥打 1-888-250-2220 或造訪 www.healthfirstny.org。

該計劃投保人合約可從 <http://healthfirst.org/healthfirst-subscriber-contracts/> 取得。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.cciio.cms.gov 上的術語表或撥打 1-888-250-2220 索取一份。