
 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，1-855-789-3668。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 www.healthfirstny.org 瀏覽詞彙表，或致電1-855-789-3668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?	\$0	請參閱以下的常見醫療事件表，關於您的服務費用該計劃所承保的金額
在您滿足自付額之前，這些服務是否已包括在內?	是的。預防性服務、產前性服務和遠程醫療已包括在內。在您滿足自付額之前，您可以使用這些服務。	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：例如，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?	沒有	您不需要滿足特定服務的自付額。
這個計劃自掏腰包的極限是多少?	是。\$2,000（個人）/\$4,000（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。對於家庭的承保範圍，請參閱另外的適用文字說明。
什麼是不包括在自掏腰包的極限之內?	保費、差額收費及本計劃不予承保的健康照護服務費用。	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 www.healthfirstny.org 或致電 1-855-789-3668 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?	不需要	您可以去看所選擇的專科醫生，不需要轉診單。

 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	每次就診 \$20 共付額	不予承保	-----無-----
	專科醫師門診	每次就診 \$35 共付額	不予承保	-----無-----
	預防性護理/篩查/接種疫苗	免費	不予承保	-----無-----
如果您有個檢驗	診斷檢驗 (x-光, 驗血)	每次就診 \$20 共付額 (在 PCP 診所內進行時) 或 \$35 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, 核磁共振成像)	每次就診 \$35 共付額 (門診設施內進行時)	不予承保	需要預先授權

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

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 www.healthfirstny.org	仿製藥	\$10 共付額 /30 天處方藥 (零售) 與 \$20 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)
	首選原廠藥物	\$30 共付額/30 天處方藥 (零售) 與 \$60 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)
	非首選原廠藥物	\$60 共付額/30 天處方藥 (零售) 與 \$120 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)
	特種藥物	\$60 共付額/30 天處方藥 (零售) 與 \$120 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)
如果您有門診手術	設施費用 (例如, 門診手術中心)	每次就診 \$200 共付額	不予承保	需要預先授權
	醫師/外科醫生費用	\$100 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。
如果您需要立即就醫	急診室護理	每次就診 \$250 共付額	付清自付額後, 每次就診 \$250 共付額	若住院則免除共付額/共同保險
	緊急醫療運輸	每次就診 \$150 共付額	付清自付額後, 每次就診 \$150 共付額	-----無-----

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

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)	
	緊急護理	每次就診 \$50 共付額	不予承保	-----無-----
如果您需要住院	設施費用 (例如，醫院病房)	每次入院 \$500 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/外科醫生費用	每次就診 \$20 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。
如果您需要心理健康，行為健康，或物質濫用服務	門診服務	每次就診 \$20 共付額	不予承保	-----無-----
	住院服務	每次入院 \$500 共付額	不予承保	需要預先授權。但急診住院無需預先授權
如果您是孕婦	辦公室門診	全部承保	不予承保	必須按照 USPSTF 和 HRSA 支持的綜合指南提供護理
	分娩/生產專業服務	\$100 共付額	不予承保	需要預先授權
	分娩/生產設施服務	每次入院 \$500 共付額	不予承保	需要預先授權
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	\$20 共付額	不予承保	需要預先授權；根據每個計劃年度，不超過 40 次
	康復服務	\$35 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
	培建服務	\$35 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	每次入院 \$500 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	10% 共同保險	不予承保	需要預先授權

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)	
	臨終關懷服務	每次入院\$500 (住院病人) 或\$20 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)
如果您的小孩需要牙科或眼科護理	小孩的眼睛檢查	\$10 共付額	不予承保	每 12 個月一次檢查
	小孩的眼鏡	\$25 共付額	不予承保	12 個月一副處方鏡片和眼鏡架
	小孩的牙齒檢查	\$20 共付額	不予承保	每 6 個月一次牙科檢查和洗牙

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。)			
<ul style="list-style-type: none"> 整形手術 在美國境外旅行時的非緊急醫療 	<ul style="list-style-type: none"> 長期護理 私人專職護理 	<ul style="list-style-type: none"> 例行足部護理 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。)			
<ul style="list-style-type: none"> 肥胖症手術治療 脊椎護理 助聽器 	<ul style="list-style-type: none"> 人工流產服務 不育症治療 針灸 	<ul style="list-style-type: none"> 例行眼科護理 (成人) 牙科 (成人) 	

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：紐約州金融服務部 1-800-342-5756 或 www.dfs.ny.gov 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。紐約州健保計劃市場 1-855-355-5777 或 www.nystateofhealth.ny.gov

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：

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

紐約州財政廳
New York State Department of Financial Services
One State Street
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
633 Third Ave, 10th FL,
New York, NY 10017
888-614-5400
cha@cssny.org

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](#)，您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 1-855-789-3668

菲律賓語 (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-789-3668.

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼 1-855-789-3668.

印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-789-3668.

[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)

■ 該計劃的總自付額 為	\$0
■ 專科醫師 [費用分攤]	\$35
■ 醫院(設施) [費用分攤]	\$500
■ 其他 [費用分攤]	\$35

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	\$14,309
-------	----------

在本範例中，佩琪應支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$2,000
共同保險	\$0
沒有承保的為	
限制或排除的	\$60
佩琪應支付的總金額為	\$2,060

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)

■ 該計劃的總自付額 為	\$0
■ 專科醫師 [費用分攤]	\$35
■ 醫院(設施) [費用分攤]	\$500
■ 其他 [費用分攤]	\$35

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	\$7,826
-------	---------

在本範例中，喬應支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$1,490
共同保險	\$173
沒有承保的為	
限制或排除的	\$55
喬應支付的總金額為	\$1,718

米雅的輕微骨折

(網絡內急診室門診和後續治療)

■ 該計劃的總自付額 為	\$0
■ 專科醫師 [費用分攤]	\$35
■ 醫院(設施) [費用分攤]	\$500
■ 其他 [費用分攤]	\$35

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	\$2,467
-------	---------

在本範例中，米雅應支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$1,230
共同保險	\$0
沒有承保的為	
限制或排除的	\$4
米雅應支付的總金額為	\$1,234