


福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 **承保內容：** 所有承保類型 | **計劃類型：** 管理式保健機構

 **福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向您展示您和計劃將如何共同承擔涵蓋的健康照護服務費用。注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將另外提供。這僅是一份摘要。如欲了解有關承保範圍的更多資訊，或要獲得承保範圍的完整條款副本，請撥打 [1-855-789-3668]。**

如欲了解常見詞彙的一般定義，例如 [允許額](#)、[差額收費](#)、[共同保險](#)、[共付額](#)、[自付額](#)、[供應商](#)、或其他 [劃線](#) 詞彙，請參見詞彙表。您可以在 www.healthfirst.org 查看詞彙表，或致電 1-855-789-3668 以索取副本。


| 重要問題 | 答案 | 為什麼這很重要： |
|---|--|--|
| 整體 自付額 為多少？ | 網絡內供應商個人 \$850 / 家庭 \$1,700 不適用於預防性照護就診或服務 | 一般而言，在本 計劃 開始支付前，您必須支付所有的來自 供應商 的開銷直至達到 自付額 。若您有其他家庭成員加入計劃，每位家庭成員必須滿足自己的個人自付額，直到所有家庭成員支付的自付額總額達到整個家庭的自付額。 |
| 在您達到您的 自付額 前，這些服務是否在承保範圍內？ | 是。預防性照護、產前照護和遠距醫療在您達到自付額前，這些服務在承保範圍內 | 即使您尚未達到 自付額 ，本 計劃 亦涵蓋一些項目與服務。但可能 需要支付共付額 或 共同保險 。例如，本 計劃 涵蓋 某些預防性服務 ，在您達到 自付額 之前，不需要 分攤費用 。請至 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 查看承保的 預防服務清單 |
| 特定服務是否還有其他 自付額 ？ | 否 | 您不必滿足特定服務的 自付額 |
| 此 計劃 的 最大自付額 是多少？ | 有。 個人 \$6,000 / 家庭 \$12,000 | 最大自付額為您在一年內可以為承保服務支付的最高金額。 |
| 最大自付額 不包含什麼 ？ | 保費、餘額帳單費用以及本計劃不涵蓋的醫療護理服務費用。 | 即使您支付了這些費用，這些費用亦不計入 最大自付額 。 |
| 如果使用 網絡供應商 ，您支付的金額是否會更少？ | 是。請前往 www.healthfirst.org 或致電 1-888-250-2220 查詢 網絡供應商 名單。 | 本 計劃 使用 供應商網絡 。若您使用本 計劃 網絡供應商 ，您將會支付較少的金額。若您使用網絡外的 供應商 ，您就需要支付較多的費用，並且可能會收到 供應商 的收費，以及您的 計劃 所支付費用之間差額帳單（ 餘額帳單 ）。請注意，您的 網絡供應商 可能會使用 網絡外的供應商 來提供某些服務（如實驗室工作）。接受服務之前，請先諮詢您的服務 供應商 。 |

第一保健：HMO B-VAD

承保期間：1/1/22 – 12/31/22

福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 **承保內容：** 所有承保類型 | **計劃類型：** 管理式保健機構

| | | |
|-------------------|---|----------------------|
| 您是否需要轉診看 專科醫生？ | 否 | 您可以看您所選擇的專科醫生，不需要轉診。 |
|-------------------|---|----------------------|

 本表格顯示的所有自付額和共同保險費用僅適用於您已達到您的自付額的情況（如果自付額適用的話）。

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用 | | 限制、例外和其他重要資訊 |
|---------------------|-----------------------|---|--|--------------|
| | | 網絡供應商 (您將需要支付較少 費用) | 網絡外服務提供者 (Out- of-Network Provider) (您將需要支付較多 費用) | |
| 如果您造訪醫療保健供應商的辦公室或診所 | 初級保健就診以治療受傷或疾病 | \$ 20 共付額，自付額不適用 | 沒有承保 | -----無----- |
| | 至專科醫生處就診 | 達到自付額限額之後 共付額 \$40 | 沒有承保 | -----無----- |
| | 預防性照護 / 篩查 / 疫苗接種 | 無需付費 | 沒有承保 | -----無----- |
| 若您有一項檢定 | 診斷檢定 (X光、血液檢測) | 若在初級保健醫師辦公室就診，共付額 \$20，自付額不適用；若在門診機構就診，共付額 \$40 | 沒有承保 | 需事前授權 |
| | 造影 (CT / PET 掃描、MRIs) | 若在門診機構就診，每次支付 \$40 共付額，自付額不適用 | 沒有承保 | 需事前授權 |

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org 參見計劃或保單文件

福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 承保內容：所有承保類型 | 計劃類型：管理式保健機構

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用 | | 限制、例外和其他重要資訊 |
|---|-----------------------|--|--|--|
| | | 網絡供應商 (您將需要支付較少費用) | 網絡外服務提供者 (Out-of-Network Provider) (您將需要支付較多費用) | |
| 如果您需要藥物來治療疾病或情況 更多關於處方類藥物的承保範圍請造訪 www.healthfirst.org | 學名藥 | \$7 共付額 / 30天處方 (零售) 和 \$14 共付額 / 90 天處方 (郵遞購買) | 沒有承保 | 涵蓋最多 30 天的供應量 (零售處方藥物) 或最多 90 天的供應量 (郵遞購買處方藥物) |
| | 優先原廠藥 | \$50 共付額 / 30天處方 (零售) 和 \$100 共付額 / 90 天處方 (郵遞購買) | 沒有承保 | 涵蓋最多 30 天的供應量 (零售處方藥物) 或最多 90 天的供應量 (郵遞購買處方藥物) |
| | 非優先原廠藥 | \$100 共付額 / 30天處方 (零售) 和 \$200 共付額 / 90 天處方 (郵遞購買) | 沒有承保 | 涵蓋最多 30 天的供應量 (零售處方藥物) 或最多 90 天的供應量 (郵遞購買處方藥物) |
| | 特殊藥物 | \$100 共付額 / 30天處方 (零售) 和 \$200 共付額 / 90 天處方 (郵遞購買) | 沒有承保 | 涵蓋最多 30 天的供應量 (零售處方藥物) 或最多 90 天的供應量 (郵遞購買處方藥物) |
| 如果您進行門診手術 | 設施費 (例如：非住院手術中心) | 達到自付額限額之後共付額 \$100 | 沒有承保 | 需事前授權 |
| | 醫師 / 外科醫生費用 | 達到自付額限額之後共付額 \$100 | 沒有承保 | 僅適用於在醫院門診設施環境下所進行的手術，包含獨立的手術中心，不適用於較小的門診手術。 |
| 如果您需要立即就醫 | 急診室照護 | 達到自付額限額之後共付額 \$175 | 達到自付額限額之後共付額 \$175 | 若入院治療，可免除共付額 / 共同保險 |

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org 參見計劃或保單文件

第一保健：HMO B-VAD

承保期間：1/1/22 – 12/31/22

福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 承保內容：所有承保類型 | 計劃類型：管理式保健機構

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用 | | 限制、例外和其他重要資訊 |
|-----------------------|------------------------|---------------------------|--|--|
| | | 網絡供應商 (您將需要支付較少費用) | 網絡外服務提供者 (Out-of-Network Provider) (您將需要支付較多費用) | |
| | 緊急醫療交通 | 達到自付額限額之後共付額 \$150 | 達到自付額限額之後共付額 \$150 | -----無----- |
| | 緊急照護 | 達到自付額限額之後共付額 \$60 | 沒有承保 | -----無----- |
| 如果您需要住院 | 設施費 (例如：醫院病房) | 每次住院達到自付額限額之後，共付額 \$1,000 | 沒有承保 | 需事前授權。但緊急入院不需事前授權 |
| | 醫師 / 外科醫生費用 | 每次手術達到自付額限額之後，共付額 \$100 | 沒有承保 | 僅適用於在醫院住院病患或醫院門診設施環境下所進行的手術，包含獨立的手術中心，不適用於較小的門診手術。 |
| 如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務 | 門診服務 | \$ 20 共付額，自付額不適用 | 沒有承保 | 特定服務需要事前授權 |
| | 住院服務 | 每次住院達到自付額限額之後，共付額 \$1,000 | 沒有承保 | 需事前授權。但緊急入院不需事前授權 |
| 如果您懷孕 | 診所就診 | 全額承保 | 沒有承保 | 若按照 USPSTF 及 HRSA 所支持的綜合指南提供照護 |
| | 分娩專業服務 | 達到自付額限額之後共付額 \$100 | 沒有承保 | 需事前授權 |
| | 分娩設施服務 | 每次住院達到自付額限額之後，共付額 \$1,000 | 沒有承保 | 需事前授權 |
| 如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求 | 家庭醫療保健 | 達到自付額限額之後共付額 \$20 | 沒有承保 | 需要事前授權，每項計劃年度就診 40 次 |
| | 復健服務 | 達到自付額限額之後共付額 \$30 | 沒有承保 | 需要事前授權；每種病症 60 次就診，與每個計劃年度治療合併計算 |

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org 參見計劃或保單文件

HF-GSBC-NS-OFF-22

第 4 頁，共 8 頁

第一保健：HMO B-VAD

承保期間：1/1/22 – 12/31/22

福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 承保內容：所有承保類型 | 計劃類型：管理式保健機構

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用 | | 限制、例外和其他重要資訊 |
|---------------------|------------------------|---|--|--|
| | | 網絡供應商 (您將需要支付較少費用) | 網絡外服務提供者 (Out-of-Network Provider) (您將需要支付較多費用) | |
| | 適應服務 | 達到自付額限額之後 共付額 \$30 | 沒有承保 | 需要事前授權；每種病症 60 次就診， 與每個計劃年度治療合併計算 |
| | 專業護理 | 每次住院達到自付額 限額之後，共付額 \$1,000 | 沒有承保 | 需要事前授權；每項計劃年度 200 天 |
| | 耐用醫療器材 | 達到自付額限額之後 20% 共同保險 | 沒有承保 | 需事前授權 |
| | 臨終關懷服務 | 每次住院達到自付額 限額之後，共付額 \$1,000 (住院病人)， 或達到自付額 限額之後，共付額 \$20 (門診病人) | 沒有承保 | 需要事前授權；每項計劃年度 210 天 (住院病人)；家庭喪親諮詢 5 次 (門診病人) (門診) |
| 如果您的子女需要 牙科或眼科照護 | 兒童眼科檢查 | 達到自付額限額之後 共付額 \$20 | 沒有承保 | 每 12 個月檢查一次 |
| | 兒童眼鏡 | 達到自付額限額之後 20% 共同保險 | 沒有承保 | 在 12 個月期間，一組處方鏡片與鏡 框。\$100 的年度津貼用於購買有框眼 鏡或隱形眼鏡。 |
| | 兒童牙科檢查 | \$ 20 共付額，自付額 不適用 | 沒有承保 | 每六個月一次牙科檢查和洗牙 |

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org 參見計劃或保單文件

第一保健：HMO B-VAD

承保期間：1/1/22 – 12/31/22

福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 承保內容：所有承保類型 | 計劃類型：管理式保健機構

不包含的服務和其他承保服務：

您的計劃一般不涵蓋的服務（查看您的保單或計劃文件以了解更多資訊以及任何其他不包含的服務清單。）

- 針灸
- 整容手術
- 長期護理
- 在美國境外旅行時的非急診護理
- 私人專職護士護理
- 例行足部護理
- 減重計劃

其他包含的服務（此類服務可能存有限制。這並非一份完整的清單。請參閱您的計劃文件。）

- 減重手術
- 整脊治療護理
- 助聽器
- 例行眼科照護（成人）
- 牙科（成人）
- 不孕症治療
- 人工流產服務

您的續保權利： 如果您想在保險結束後繼續獲得承保，有一些機構可以提供協助。此類機構的聯繫資訊為：致電紐約州金融服務部，電話：1-800-342-5756 或造訪 www.dfs.ny.gov/、HHS、DOL 和 / 或其他適用機構的聯繫資訊，您也可以選擇其他保險，包含透過醫療保險商城購買個人保險。有關商城更多資訊，請訪問 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596 或紐約州健康保險商城，電話：1-855-355-5777 或 www.nystateofhealth.ny.gov。

您的申訴和上訴權利： 如果您對您的計劃拒絕您的索償提出投訴，一些機構可以為您提供協助。此類投訴被稱為申訴或上訴。如欲了解有關您權利的更多資訊，請查看您就該醫療索償可取得的福利說明。您的計劃文件亦提供完整的資訊，以便向您的計劃提交索償、上訴或任何理由的申訴。如需瞭解更多關於您的權利、本通知或協助之資訊，請聯繫：

New York State Department of Financial Services
One State Street
New York, NY 10004-1511
800-342-3736

此外，消費者協助計劃可幫助您提出上訴。聯絡人：

Community Health Advocates
633 Third Ave, 10th FL New York, NY. 10017
888-614-5400
cha@cssny.org

此計劃是否提供最低程度承保？ 是

最低程度承保一般包括可透過商城或其他獨立市場保單取得的計劃、健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他特定保險。如果

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org 參見計劃或保單文件

HF-GSBC-NS-OFF-22

第 6 頁，共 8 頁

第一保健：HMO B-VAD

承保期間：1/1/22 – 12/31/22

福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 承保內容：所有承保類型 | 計劃類型：管理式保健機構

您符合特定類別最低程度承保的資格，您可能不符合保費稅額抵免優惠資格。

此計劃是否符合最低值標準？ 是

如果您的計劃不符合最低值標準，您可能符合保費稅額抵免優惠資格，可透過商城幫助您支付計劃費用。

語言服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-250-2220。

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-250-2220。

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助，請撥打 1-888-250-2220。

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-888-250-2220。

————— 要看這項計劃如何支付醫療情況樣本費用的示例，請參閱下一個部分。 —————

第一保健：HMO B-VAD

承保期間：1/1/22 – 12/31/22

福利和承保範圍摘要：此計劃的承保範圍是什麼，以及您為涵蓋服務所需支付的費用 承保內容：所有承保類型 | 計劃類型：管理式保健機構

關於此類承保示例：



這並非費用估算器。顯示的治療僅為此計劃涵蓋醫療照護的示例。您的確切費用取決於您獲取的確切照護、您的**供應商**收取的費用和其他很多因素，可能有所不同。專注於計劃下**成本分攤**金額（**自付額**、**共付額**和**共同保險**）及**不包含的服務**。利用此資訊來比較您在不同健康計劃中可能需要支付的費用部分。請注意，此類承保範圍示例僅基於自我承保範圍。

| Peg 懷孕了 (9 個月的網絡內產前檢查和醫院分娩) | | 管理 Joe 的 2 型糖尿病 (一年的病情可控例行網絡內護理) | | Mia 的簡單骨折 (網絡內急診室就診和後續護理) | |
|--|-----------------|---|----------------|--|----------------|
| ■ 此計劃的 整體自付額 | \$850 | ■ 此計劃的 整體自付額 | \$850 | ■ 此計劃的 整體自付額 | \$850 |
| ■ 專科醫生 [成本分攤] | \$40 | ■ 專科醫生 [成本分攤] | \$40 | ■ 專科醫生 [成本分攤] | \$40 |
| ■ 醫院 (設施) [成本分攤] | \$1,000 | ■ 醫院 (設施) [成本分攤] | \$1,000 | ■ 醫院 (設施) [成本分攤] | \$1,000 |
| ■ 其他 [成本分攤] | \$40 | ■ 其他 [成本分攤] | \$40 | ■ 其他 [成本分攤] | \$40 |
| 此事件示例包含下列服務： 專科醫生辦公室就診 (產前照護) 分娩專業服務 分娩設施服務 診斷檢定 (超聲波和血液檢測) 專科醫生看診 (麻醉) | | 此事件示例包含下列服務： 初級保健醫師辦公室就診 (包括疾病教育) 診斷檢定 (血液檢測) 處方配藥 耐用醫療器材 (血糖測量儀) | | 此事件示例包含下列服務： 急診室照護 (包括醫療用品) 診斷檢定 (X 光) 耐用醫療器材 (拐杖) 復健服務 (物理治療) | |
| 總示例費用 | \$12,700 | 總示例費用 | \$5,600 | 總示例費用 | \$2,800 |
| 在此示例，Peg 將支付： 分攤費用(Cost Sharing) | | 在此示例，Joe 將支付： 分攤費用(Cost Sharing) | | 在此示例，Mia 將支付： 分攤費用(Cost Sharing) | |
| 自付額 | \$850 | 自付額 | \$850 | 自付額 | \$850 |
| 共付額 | \$1,600 | 共付額 | \$700 | 共付額 | \$900 |
| 共同保險 (Coinsurance) | \$0 | 共同保險 (Coinsurance) | \$50 | 共同保險 (Coinsurance) | \$50 |
| 不予承保的內容 | | 不予承保的內容 | | 不予承保的內容 | |
| 限制或例外 | \$60 | 限制或例外 | \$20 | 限制或例外 | \$0 |
| Peg 將支付的總金額為 | \$2,510 | Joe 將支付的總金額為 | \$1,620 | Mia 將支付的總金額為 | \$1,800 |

反歧視通知

第一保健遵守適用的聯邦民權法律規定。**第一保健**不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥或差別待遇任何人。

第一保健 提供下列服務：

- 免費的協助與服務，讓殘障人士能有效地與我們溝通，例如：
 - 符合資質的手語翻譯員
 - 其他形式的書面資訊（大字印本、音頻、可獲取的電子形式與其他形式）
- 為主要語言不是英語的人士提供免費的語言服務，例如：
 - 符合資質的口譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請給**第一保健**來電，電話號碼是1-866-305-0408。如需聽力語言殘障TTY服務，請致電1-888-542-3821。

如果您認為**第一保健**並未為您提供這些服務或因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而對您有差別待遇，您可以下列方式向**第一保健**提出申訴：

郵寄： Healthfirst Member Services, P.O.Box 5165, New York, NY, 10274-5165
電話號碼： 1-866-305-0408（如需聽力語言殘障TTY服務，請致電1-888-542-3821）
傳真： 1-212-801-3250
親自前來： 100 Church Street, New York, NY 10007
電子郵件： <http://healthfirst.org/members/contact/>

您也可以透過下列方式向美國衛生部（U.S. Department of Health and Human Services）的民權辦公室（Office for Civil Rights）提出民權投訴：

上網： 民權辦公室投訴網站（Office for Civil Rights Complaint Portal），網址是
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
郵寄： U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
投訴表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲得
電話號碼： 1-800-368-1019（聽力語言殘障服務專線TTY 800-537-7697）

| | |
|---|---------------|
| ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). | English |
| ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-867-4132). | Spanish |
| 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)。 | Chinese |
| ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Arabic |
| 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).번으로 전화해 주십시오. | Korean |
| ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Russian |
| ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Italian |
| ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | French |
| ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | French Creole |
| אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Yiddish |
| UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Polish |
| PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Tagalog |
| লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৬৬-৩০৫-০৪০৮ (TTY: 1-888-542-3821)। | Bengali |
| KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Albanian |
| ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821). | Greek |
| خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)۔ | Urdu |