

第一保健 HMO E 計劃

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

保險期間：1月1日 2019年 -12月31日 2019年

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO



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 [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，1-888-250-2220。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1-888-250-2220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?	對於網絡內醫療服務提供者， \$7,900 (個人) /\$15,800 (家庭) 不適用於預防性護理門診或服務	一般而言，您必需支付需 提供者 的所有費用直到滿足 自付額 之後， 計劃 才開始支付。對於家庭的承保範圍，請參閱另外的適用文字說明。
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 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。 \$7,350 (個人) /\$14,700 (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 1-888-250-2220 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


第一保健 HMO E 計劃

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

保險期間：1月1日 2019年 - 12月31日 2019年

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

		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	付清自付額後，全部承保	不予承保	-----無-----
	專科醫師 門診	付清自付額後，全部承保	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)	付清自付額後，全部承保	不予承保	需要預先授權
	成像 (CT / PET 掃描, 核磁共振成像)	付清自付額後，全部承保	不予承保	需要預先授權
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	付清自付額後，全部承保	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	付清自付額後，全部承保	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	付清自付額後，全部承保	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	付清自付額後，全部承保	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)	付清自付額後，全部承保	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

第一保健 HMO E 計劃

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

保險期間：1月1日 2019年 -12月31日 2019年

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

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)	
	醫師/外科醫生費用	付清自付額後，全部承保	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	<u>急診室護理</u>	付清自付額後，全部承保	付清自付額後，全部承保	若住院則免除共付額/共同保險
	<u>緊急醫療運輸</u>	付清自付額後，全部承保	付清自付額後，全部承保	-----無-----
	<u>緊急護理</u>	付清自付額後，全部承保	不予承保	-----無-----
如果您需要住院	設施費用（例如，醫院病房）	付清自付額後，全部承保	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	付清自付額後，全部承保	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	付清自付額後，全部承保	不予承保	-----無-----
	住院服務	付清自付額後，全部承保	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	全部承保	不予承保	需要預先授權
	分娩/生產設施服務	付清自付額後，全部承保	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	<u>家庭醫療保健</u>	付清自付額後，全部承保	不予承保	需要預先授權；根據每個計劃年度，不超過 40 次
	<u>康復服務</u>	付清自付額後，全部承保	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

HF-CCSBC-STD-19-OFF(CH)

* 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

第 3 之 7 頁

第一保健 HMO E 計劃

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

保險期間：1月1日 2019年 -12月31日 2019年

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

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)	
	- 培建服務 -	付清自付額後，全部承保	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 -	付清自付額後，全部承保	不予承保	需要預先授權；每個計劃年度 200 天
	- 耐用醫療設備 -	付清自付額後，全部承保	不予承保	需要預先授權
	- 臨終關懷服務 -	付清自付額後，全部承保	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	付清自付額後，全部承保	不予承保	每 12 個月一次檢查
	小孩的眼鏡	付清自付額後，全部承保	不予承保	12 個月一副處方鏡片和眼鏡架
	小孩的牙齒檢查	付清自付額後，全部承保	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。)

- 針灸
- 整形手術
- 牙科 (成人)
- 長期護理
- 在美國境外旅行時的非緊急醫療
- 私人專職護理
- 例行眼科護理 (成人)
- 例行足部護理
- 減肥計劃

第一保健 HMO E 計劃

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

保險期間：1月1日 2019年 - 12月31日 2019年

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

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。）

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

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：
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](#)。

* 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

HF-CCSBC-STD-19-OFF(CH)

第 5 之 7 頁

第一保健 HMO E 計劃

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

保險期間：1月1日 2019年–12月31日 2019年

承保對象：所有承保類型 | 計劃類型：HMO

語言接通服務：

西班牙文 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-250-2220.

菲律賓語 (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，請撥打這個號碼 1-888-250-2220.

印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-250-2220.

-----[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	\$4,000
■ 專科醫師 [費用分攤]	50%
■ 醫院(設施) [費用分攤]	50%
■ 其他 [費用分攤]	50%

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	\$12,731
-------	----------

在本範例中，佩琪應支付：

費用分攤	
自付額	\$7,900
共付額	\$0
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	\$7,960

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	\$4,000
■ 專科醫師 [費用分攤]	50%
■ 醫院(設施) [費用分攤]	50%
■ 其他 [費用分攤]	50%

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	\$7,389
-------	---------

在本範例中，喬應支付：

費用分攤	
自付額	\$7,184
共付額	\$0
共同保險	\$0
沒有承保的為	
限制或排除的	\$55
喬應支付的總金額為	\$7,239

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	\$4,000
■ 專科醫師 [費用分攤]	50%
■ 醫院(設施) [費用分攤]	50%
■ 其他 [費用分攤]	50%

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	\$1,925
-------	---------

在本範例中，米雅應支付：

費用分攤	
自付額	\$1,925
共付額	\$0
共同保險	\$0
沒有承保的為	
限制或排除的	\$0
米雅應支付的總金額為	\$1,925

Healthfirst complies with Federal civil rights laws. Healthfirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Healthfirst provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **Healthfirst** at 1-866-305-0408. For TTY/TDD services, call 1-888-542-3821.

If you believe that **Healthfirst** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **Healthfirst** by:

Mail	Healthfirst Member Services P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
Phone	1-866-305-0408 (for TTY/TDD services, call 1-888-542-3821)
Fax	1-212-801-3250
In person	100 Church Street, New York, NY 10007
Email	http://healthfirst.org/members/contact/

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web	Office for Civil Rights Complaint Portal at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Mail	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW. Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Phone	1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 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/TDD: 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/TDD: 1-888-542-3821).	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (رقم هاتف الصم والبكم). (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 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/TDD: 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/TDD: 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/TDD: 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/TDD: 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/TDD: 1-888-542-3821).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 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/TDD: 1-888-542-3821).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনিথা বাংলা, ক বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 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/TDD: 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/TDD: 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/TDD: 1-888-542-3821).	Urdu