



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，請致電 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？	對於網絡內供應商，個人 \$1,750 / 家庭 \$3,500 不適用於處方藥，或預防性照護就診或服務	一般來說，您必須支付所有來自供應商的費用，直到達到自付額額度，此計劃才會開始支付。若您有其他家庭成員加入計劃，則每位家庭成員都必須達到自己的個人自付額，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為止。
在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？	可以。在您達到您的自付額前，預防性照護、產前護理和遠距醫療可獲得承保	即使您尚未達到自付額，本計劃亦承保一些項目與服務。但可能需要支付共付額或共同保險。例如，本計劃承保特定預防性服務，在您達到自付額之前，不需要成本分攤。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。	特定服務不需要達到自付額。
此計劃的最大自付額是多少？	個人 \$9,100 / 家庭 \$18,200	即使您支付了這些費用，這些費用也不會計入最大自付額。
最大自付額不包含什麼？	保費、差額收費費用以及本計劃未承保的醫療保健服務費用。	即使您支付了這些費用，這些費用也不會計入最大自付額。
如果使用網絡供應商，您支付的金額是否會更少？	可以。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。若您使用本計劃的網絡內供應商，您將支付較少的費用。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的差額帳單（差額收費）。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

第一保健：優享健保計劃

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

承保期：2023年1月1日至2023年12月31日

承保內容：所有承保類型 | 計劃類別：管理式保健機構

您是否需要轉診至專科醫生？	否。	您不需要轉診即可到您選擇的專科醫生處看診。
---------------	----	-----------------------



本表格顯示的所有共付額和共同保險費用僅適用於您已達到自付額限額的情況（如果適用自付額的話）。

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（您需要支付的費用較少）	網絡外供應商（您將需要支付較多費用）	
如果您造訪健康照護供應商的辦公室或診所	若在初級保健醫生辦公室就診，以治療受傷或疾病	第一次就診共付額 \$30，不適用自付額 之後共付額 \$30 共付額 \$20	沒有承保	-----無-----
	專科醫生門診	第一次就診共付額 \$65，自付額不適用 額外看診為達到自付額限額之後共付額 \$65	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-----
如果您進行檢測	診斷檢定 （X光、血液檢測）	達到自付額限額之後共付額 \$75	沒有承保	需事前授權
	造影（CT/PET 掃描、MRI）	達到自付額限額之後共付額 \$175	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

第一保健：優享健保計劃

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

承保期：2023年1月1日至2023年12月31日

承保內容：所有承保類型 | 計劃類別：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、期望與其他重要資訊
		網絡供應商 (您將需要支付的費用較少)	網絡外供應商 (您將需要支付較多費用)	
如果您需要藥物治療疾病或情況 更多關於 <u>處方類藥物的承保範圍</u> 請造訪 <u>www.healthfirst.org</u>	副廠藥	\$15共付額/30天處方(零售)和\$38共付額/90天處方(郵購)	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(郵購處方藥物)
	優先原廠藥	\$40共付額/30天處方(零售)和\$100共付額/90天處方(郵購)	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(郵購處方藥物)
	非優先原廠藥	\$75共付額/30天處方(零售)和\$188共付額/90天處方(郵購)	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(郵購處方藥物)
	<u>專科藥物</u>	\$75共付額/30天處方(零售)和\$188共付額/90天處方(郵購)	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(郵購處方藥物)
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 \$150	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 \$150	沒有承保	僅適用於在醫院門診設施環境下進行的手術，包含獨立的手術中心，不適用於診所手術。
如果您需要立即就醫	<u>急診室照護</u>	達到自付額限額之後共付額\$500	達到自付額限額之後共付額\$500	若入院治療，可免除共付額/共同保險
	<u>緊急醫療交通</u>	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-----

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org

第一保健：優享健保計劃

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

承保期：2023年1月1日至2023年12月31日

承保內容：所有承保類型 | 計劃類別：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 (您將需要支付的費用較少)	網絡外供應商 (您將需要支付較多費用)	
	緊急照護	達到自付額限額之後共付額\$70	沒有承保	-----無-----
如果您需要住院	設施費（例如：醫院病房）	之後每次住院共付額 \$1,500 自付扣除金	沒有承保	需事前授權。但是，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 \$150	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	第一次就診共付額\$30，不適用自付額 之後共付額\$30	沒有承保	特定服務需要事前授權
	住院服務	\$1,500共付額/每次 自付扣除金	沒有承保	需事前授權。不過， 無需事前授權
如果您懷孕	診所門診	全額承保	沒有承保	若按照USPSTF及HRSA所支援的綜合指南提供照護
	分娩專業服務	之後共付額\$150 自付扣除金	沒有承保	需事前授權
	分娩設施服務	達到自付額限額之後 共付額\$1,500	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	居家照護	達到自付額限額之後 共付額 \$30	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	需事前授權；每個計劃年度每種病症 60次就診，與治療合併計算

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org

第一保健：優享健保計劃

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

承保期：2023年1月1日至2023年12月31日

承保內容：所有承保類型 | 計劃類別：管理式保健機構

	適應服務	達到自付額限額之後共付額 \$30	沒有承保	需事前授權；每個計劃年度每種病症 60次就診，與治療合併計算
	專業護理	每次住院達到自付額限額之後共付額 \$1,500	沒有承保	需要事前授權，每項計劃年度200天
	耐用醫療器材	30%共同保險 達到自付額限額之後	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\$1,500（住院病人）或達到自付額限額之後共付額 \$30（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）
如果您的子女需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查	之後共付額\$30 自付扣除金	沒有承保	每 12 個月檢查一次
	兒童眼鏡	30%共同保險 達到自付額限額之後	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	之後共付額\$30 自付扣除金	沒有承保	每六個月一次牙科檢查和洗牙期間

* 如欲了解有關限制和例外的更多資訊，請至 www.healthfirst.org

第一保健：優享健保計劃

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

承保期：2023年1月1日至2023年12月

承保內容：所有承保類型 | 計劃類別：管理式

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列單。）

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">針灸整容手術長期護理 | <ul style="list-style-type: none">在美國境外旅行時的非急診護理私人專職護理師護理 | <ul style="list-style-type: none">例行足部護理減重計劃例行眼科照護（成人）牙科（成人） |
|--|--|---|

其他包含的服務（此類服務可能存有限制。這不是完整的列單。請查看您的計劃文件。）

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">減肥手術整脊治療護理助聽器 | <ul style="list-style-type: none">不育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：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。其他承保選項亦可能適用於您，其中包括透過健康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。您的計劃文件亦將提供有關如何出於任何理由就您計劃提交索償、上訴或申訴的完整資訊。如欲了解有關您的權利、此通知或幫助的更多資訊，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，請聯絡：

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

第一保健：優享健保計劃

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

承保期：2023年1月1日至2023年12月

承保內容：所有承保類型 | 計劃類別：管理式

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): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-250-2220.

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

----- 如欲查看此計劃涵蓋範例醫療情況費用的示例，請查看下一節。 -----

第一保健：優享健保計劃

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

承保期：2023年1月1日至2023年12月31日

承保內容：所有承保類型 | 計劃類別：管理式保健機構

關於此類承保示例：



這不是費用預估。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)

■ 此 計劃 的整體 自付額	\$1,750
■ 專科醫生	\$65
■ 醫院（設施）	\$1,500
■ 其他	\$65

此事件示例包含下列服務：

專科醫生診所就診（**產前照護**）
分娩專業服務
分娩設施服務
診斷檢定（**超音波和血液檢測**）
專科醫生看診（**麻醉**）

管理 Joe 的第 2 型糖尿病

(一年的病情可控例行網絡內護理)

■ 此 計劃 的整體 自付額	\$1,750
■ 專科醫生	\$65
■ 醫院（設施）	\$1,500
■ 其他	\$65

此事件示例包含下列服務：

初級保健醫生診所就診（**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**）

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	\$1,750
■ 專科醫生	\$65
■ 醫院（設施）	\$1,500
■ 其他	\$65

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
-------	----------

在此示例，Peg 將支付：

成本分攤	
自付扣除金	\$1,750
共付額	\$1,500
共同保險 (Coinsurance)	\$0
不承保的項目	
限制或例外	\$2,700
Peg 將支付的總金額為	\$5,950

總示例費用	\$5,600
-------	---------

在此示例，Joe 將支付：

成本分攤	
自付扣除金	\$1,750
共付額	\$600
共同保險 (Coinsurance)	\$200
不承保的項目	
限制或例外	\$20
Joe 將支付的總金額為	\$2,570

總示例費用	\$2,800
-------	---------

在此示例，Mia 將支付：

成本分攤	
自付扣除金	\$1,750
共付額	\$500
共同保險 (Coinsurance)	\$60
不承保的項目	
限制或例外	\$0
Mia 將支付的總金額為	\$2,310

計劃將負責支付此類示例中所涵蓋服務所產生的其他費用

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 사용하지는 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 নিঃখরচায় 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