「保障和承保範圍摘要」(SBC) 文件將助您選擇健康計劃。SBC 會解釋您和本計劃如何分擔所承保的醫療服務的費用。注意：有關本計劃的費用（稱為保險費）的資訊將另外予以提供。本文件僅為摘要。如需有關您承保範圍的更多資訊，或欲取得完整的承保範圍條款的副本，請撥打 1-888-895-6985 或瀏覽 www.bcbsil.com。如需一般常見術語定義，例如：允許額、差額賬單、共同保險、共付額、自付額、提供者，或其他帶底線的術語，請參閱「Glossary」（術語表）。您可以瀏覽 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 上的「Glossary」（術語表）或致電 1-855-756-4448 索取副本。

重要問題	答案	重要原因：
總自付額是多少？	網絡內： $3,000 為個人支付／$6,000 為家庭支付 網絡外： $6,000 為個人支付／$12,000 為家庭支付	一般而言，您向提供者支付的全部費用必須達到自付額金額，本計劃才會開始支付費用。如果您將其他家庭成員列入保單，必須達到家庭總自付額，計劃才會開始付款。
在達到自付額之前，是否有承保的服務？	是。您達到自付額之前，某些預防性護理仍可獲承保。	即使您尚未達到自付額金額，本計劃也承保某些項目及服務，但共付額或共同保險可能適用。例如：在無分攤費用情況下，且在您達到您的自付額之前，本計劃承保某些預防性服務。請查看承保預防性服務的清單，網址：www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/。
特定服務是否有其他自付額？	否。	您無需達到特定服務的自付額。
本計劃的自付限額為多少？	網絡內： $5,000 為個人支付／$10,000 為家庭支付 網絡外： $10,000 為個人支付／$20,000 為家庭支付	自付限額指您一年內為所承保服務支付的最高金額。如果您將其他家庭成員列入本計劃，有關成員必須達到自己的自付限額，直至達到家庭總自付限額為止。
哪些費用不計入自付限額？	保險費、收費差額，以及本計劃未承保的健康護理費用。	即使您支付這些費用，此類費用不會計入自付限額。
如果使用網絡提供者，是否會支付較少的費用？	是。請瀏覽網站 www.bcbsil.com 或撥打 1-888-895-6985 以取得網絡提供者清單。	本計劃採用提供者網絡。如果您使用本計劃網絡內的提供者，您將會支付較少的費用。如果您使用網絡外提供者，您將會支付最高的費用，而且您可能收到提供者針對提供者的收費與您計劃所支付的費用之間差額的賬單（差額賬單）。請注意，您的網絡提供者可能使用網絡外提供者所提供的某些服務（例如：實驗室化驗）。請在接受服務之前諮詢您的提供者。
您是否需要轉介才能到專科就診？	否。	您無需轉介，即可前往您選擇的專科就診。

⚠ 如**自付額**適用，本表所示的所有**共付額**及**共同保險**費用均為達到您**自付額**之後的費用。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內提供者（您將支付最低的費用）	網絡外提供者（您將支付最高的費用）	
如果您到訪醫療服務提供者的辦事處或診所就診	治療傷害或疾病的主要護理門診	20% 共同保險	40% 共同保險	虛擬門診：每次門診 20% 共同保險；適用自付額。詳情請參閱保障手冊*。
	專科門診	20% 共同保險	40% 共同保險	無
	預防性護理／篩檢／免疫	不收費； 自付額不適用	40% 共同保險	您可能必須為非預防性的服務支付費用。請向您的提供者查詢所需的服務是否為預防性。然後，查看您的計劃將為之付費的服務。
如果您需要做測試	診斷檢查（X 光、驗血）	20% 共同保險	40% 共同保險	可能需要預先授權；詳情請參閱保障手冊*。
	成像（CT/PET 掃描、MRI）	20% 共同保險	40% 共同保險	
如果您需要治療疾病或病症的藥物 有關**處方藥承保**的更多資訊，請瀏覽網站 caremark.com	非原廠藥物	0% 共同保險	0% 共同保險	無。
	首選品牌藥	20% 共同保險 共同保險	20% 共同保險 郵購：20% 共同保險	無。
	非首選品牌藥	30% 共同保險	30% 共同保險	無。
	專用藥	30% 共同保險	30% 共同保險	無。
如果您需要做門診手術	設施費（如門診手術中心）	20% 共同保險	40% 共同保險	可能需要事先授權。
	醫生／外科醫生費	20% 共同保險	40% 共同保險	無

* 如需更多有關限制及例外的資訊，請參閱網站上的計劃或保單文件，網址：www.bcbsil.com。

普通 醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內提供者 （您將支付最低的費用）	網絡外提供者 （您將支付最高的費用）	
如果您需要立即就醫	急症室護理	便利設施費用： 20% 共同保險 急症醫師費用： 20% 共同保險	便利設施費用： 20% 共同保險 急症醫師費用： 20% 共同保險	非緊急情況下使用急症室：網絡內適用自付額和網絡內共同保險。網絡外適用自付額和網絡外共同保險。
	緊急醫療運送	20% 共同保險	20% 共同保險	非緊急運送可能需要預先授權；詳情請參閱保障手冊*。
	緊急醫療	20% 共同保險	40% 共同保險	無
如果您需要住院	設施費（如醫院病房）	20% 共同保險	40% 共同保險	須預先授權。
	醫生／外科醫生費	20% 共同保險	40% 共同保險	無
如果您需要精神健康、行為健康或濫用藥物服務	門診服務	20% 共同保險	40% 共同保險	虛擬門診：每次門診 20% 共同保險；適用自付額。詳情請參閱保障手冊*。可能需要預先授權；詳情請參閱保障手冊*。
	住院服務	20% 共同保險	40% 共同保險	須預先授權。
如果您懷孕	門診就診	20% 共同保險	40% 共同保險	分攤費用並不適用於預防性服務。視乎服務類型，共同保險或自付額可能適用。產科護理可能包括本 SBC 中其他部分所述的檢測及服務（如：超聲波）。
	生孩子／分娩專業服務	20% 共同保險	40% 共同保險	
	生孩子／分娩設施服務	20% 共同保險	40% 共同保險	無

* 如需更多有關限制及例外的資訊，請參閱網站上的計劃或保單文件，網址：www.bcbsil.com。

普通 醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內提供者 （您將支付最低的費用）	網絡外提供者 （您將支付最高的費用）	
如果您需要協助康復或有其他特殊健康需求	家庭醫療護理	20% 共同保險	40% 共同保險	可能需要事先授權。 每個理賠期最多 120 次門診，合併私人護士護理。
	康復服務	20% 共同保險	40% 共同保險	職業治療、言語治療和物理治療，每項在每個理賠期的就診上限均為 90 次。 可能需要事先授權。
	適應訓練服務	20% 共同保險	40% 共同保險	
	專業護士護理	20% 共同保險	40% 共同保險	可能需要事先授權。 每個理賠期最多 90 天。
	耐用醫療設備	20% 共同保險	40% 共同保險	可能需要事先授權。只限醫療用途項目才會受到保障。購買和租用設備均可享耐用醫療設備保障（最高可達買入價）。
	善終服務	20% 共同保險	40% 共同保險	可能需要事先授權。

普通 醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內提供者 （您將支付最低的費用）	網絡外提供者 （您將支付最高的費用）	
如果您的孩子需要牙科或眼科護理	兒童的眼睛檢查	非承保	非承保	無
	兒童的眼鏡	非承保	非承保	無
	兒童的牙齒檢查	非承保	非承保	無

非承保服務及其他承保服務：

一般而言，您的計劃並不承保的服務（如需更多資訊以及任何其他非承保服務的清單，請查看您的保單或計劃文件。）

- 針灸
- 牙科護理（成人）
- 長期護理
- 在美國以外地區旅行所發生的非急救護理
- 常規眼科護理（成人）
- 常規足科護理（糖尿病患者除外）
- 減重計劃

其他承保服務（這些服務可能受某些限制約束。這份清單並不完整。請參閱您的計劃文件。）

- 減肥手術
- 脊柱神經護理（脊柱神經及骨傷推拿限每個曆年最多 20 次門診）
- 整形美容手術（僅適用於矯正先天性畸形或意外傷害、傷疤、腫瘤或疾病導致的情況）
- 助聽器（兒童每 36 個月每耳 1 個，成人每 36 個月每耳最多 $5,000）
- 不孕症治療
- 私人護士護理（私人住院護士護理除外）（CHC 與 PDN 每年合併最多 120 次門診）

您繼續享有保障的權利：承保結束後，如果您需要繼續享有保障，以下機構可為您提供幫助。這些機構的聯絡資訊為：本計劃，請致電 1-888-895-6985；美國勞工部的員工福利保障管理局 (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)，請致電 1-866-444-EBSA (3272) 或瀏覽 www.dol.gov/ebsa/healthreform；或衛生及公眾服務部 (Department of Health and Human Services) 消費者資訊暨保險監督中心 (Center for Consumer Information and Insurance Oversight)，請致電 1-877-267-2323 x61565 或瀏覽 www.cciio.cms.gov。您也可能擁有其他保障選項，其中包括透過健康保險市場購買個人保險保障。如需有關市場的更多資訊，請瀏覽 www.HealthCare.gov 或撥打 1-800-318-2596。

您的申訴及上訴權利：如果您對計劃作出索償，但遭到拒絕並需要投訴，以下機構可為您提供協助。此類投訴稱為申訴或上訴。如需更多有關您權利的資訊，請查看您可透過該醫療索償獲得的保障的解釋。您的計劃文件亦會提供完整資訊，說明如何因任何原因對您的計劃提交索償、上訴或申訴。如需了解有關您所享有的權利、此等通知或援助的更多資訊，請聯絡：Blue Cross and Blue Shield of Illinois（撥打 1-888-895-6985 或瀏覽 www.bcbsil.com）；或聯絡美國勞工部的員工福利保障管理局（撥打 1-866-444-EBSA (3272) 或瀏覽 www.dol.gov/ebsa/healthreform）。此外，消費者援助計劃可以幫您提出上訴。若要聯絡伊利諾州保險部 (Illinois Department of Insurance)，請撥打 (877) 527-9431 或瀏覽 http://insurance.illinois.gov。

本計劃是否提供最低基本保障？是的

最低基本保障通常包括計劃、透過市場提供的健康保險，或其他個別市場保單、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE，及其他特定保障。如果您符合某些類型的最低基本保障資格，您可能不符合保險費入息稅抵免的資格。

本計劃是否符合最低價值標準？是的

如果您的計劃並不符合最低價值標準，您可能符合保險費入息稅抵免的資格以協助您透過市場為計劃付費。

語言服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-895-6985.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-895-6985.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-895-6985.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-895-6985.

如需查閱本計劃如何承保示例醫療狀況費用的範例，請參閱下一部分。

關於這些承保範例：

這並非費用估計表。所顯示的各種治療純粹為範例，旨在示範本計劃可能如何為醫療護理提供保障。您實際支付的費用將有所不同，具體取決於您接受的實際護理、提供者的收費價格，以及諸多其他因素。請特別留意計劃下的分攤費用金額（自付額、共付額及共同保險）以及非承保服務。善用此資訊比較各種不同健康計劃中，您可能需要支付的費用部分。請注意，這些承保範例以只有本人受保為準。

Peg 懷孕中
（9 個月的網絡內產前護理及醫院分娩）

計劃總自付額	**$3,000**
專科共同保險	**20%**
醫院（設施）共同保險	**20%**
其他共同保險	**20%**

此「範例」事件包括下列服務：

專科門診就診（*產前護理*）
生孩子／分娩專業服務
生孩子／分娩設施服務
診斷檢查（*超聲波和驗血*）
專科就診（*麻醉*）

範例總費用	**$12,700**

在本範例中，Peg 將支付：

分攤費用	
自付額	$3,000
共付額	$0
共同保險	$1,900
不承保的服務	
限額或非承保服務	$60
Peg 支付的總金額為	**$4,960**

Joe 的二型糖尿病管理
（妥善控制之病症的常規網絡內護理，為期一年）

計劃總自付額	**$3,000**
專科共同保險	**20%**
醫院（設施）共同保險	**20%**
其他共同保險	**20%**

此「範例」事件包括下列服務：

主診醫生門診就診（*包括疾病教育*）
診斷檢查（*驗血*）
處方藥
耐用醫療設備（*血糖儀*）

範例總費用	**$5,600**

在本範例中，Joe 將支付：

分攤費用	
自付額	$3,000
共付額	$0
共同保險	$500
不承保的服務	
限額或非承保服務	$20
Joe 支付的總金額為	**$3,520**

Mia 的純粹骨折
（網絡內急診室就診以及後續護理）

計劃總自付額	**$3,000**
專科共同保險	**20%**
醫院（設施）共同保險	**20%**
其他共同保險	**20%**

此「範例」事件包括下列服務：

急症室護理（*包括醫療用品*）
診斷檢查（*X 光*）
耐用醫療設備（*拐杖*）
康復服務（*物理治療*）

範例總費用	**$2,800**

在本範例中，Mia 將支付：

分攤費用	
自付額	$2,800
共付額	$0
共同保險	$0
不承保的服務	
限額或非承保服務	$0
Mia 支付的總金額為	**$2,800**

本計劃將負責這些「範例」所承保服務的其他費用。

BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

無差別待遇聲明

醫療服務保險對每個人都很重要

本公司不會因種族、膚色、國籍（包括英文能力有限或以其他語言為母語者）、年齡、身心障礙或性別（依據適用法規之定義）而歧視任何人士。我們為身心障礙人士提供合理調整及免費溝通輔助工具，以確保兩方之間的有效溝通。我們亦為母語並非英文的人士提供免費語言協助服務。

如需合理調整、溝通輔助或語言協助，請撥打 855-710-6984 聯絡我們。

如果您認為我們未能提供服務，或認為我們以其他方式作出了歧視，可向以下部門提交申訴：

民權協調員辦公室	電話：	855-664-7270（語音信箱）
收件人：民權協調員辦公室	聽力障礙用戶：	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	傳真：	855-661-6960
Chicago, IL 60601	電郵：	civilrightscoordinator@bcbsil.com

您可以透過郵寄、傳真或電郵方式提交申訴。如果您在提交申訴時需要協助，請撥打 ID 卡背面所列的免費電話號碼（聽力障礙用戶：711）。

您可以向美國衛生及公眾服務部民權辦公室提交民權投訴，聯絡方式為：

美國衛生及公眾服務部	電話：	800-368-1019
地址：200 Independence Avenue SW	聽力障礙用戶：	800-537-7697
Room 509F, HHH Building	投訴入口網站：	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	投訴表格：	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

本通知可在我們的網站查閱，網址： bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔855-710-6984 (711:TTY) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.