



此福利和承保範圍摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 文件將協助您選擇健康計畫。SBC 會顯示您和計畫對承保健康照護服務費用的分攤情況。注意：將另行提供有關本計畫費用（稱為保費）的資訊。這僅僅是一份摘要。請閱讀 PSHB 計畫手冊 (RI 71-020)，其中包含本計畫的完整條款。所有福利皆受 PSHB 計畫手冊中規定之定義、限制和排除條款的約束。如果您有 Medicare 等其他保險，福利可能會有所不同。如需通用詞彙的一般定義，例如允許的金額、差額、共同保險、共付額、自付額、提供者或其他畫底線的詞彙，請參閱詞彙表。您可以在 fepblue.org/brochure 取得 PSHB 計畫手冊，並於 www.opm.gov/healthcare-insurance/insurance-glossary/ 查看詞彙表。您可以撥打 1-800-411-2583 索取任一文件的副本。

重要問題	答案	為何重要：
什麼是總自付額？	\$0	請參閱以下普通醫療事件圖表，瞭解本計畫所承保服務的費用。
在您達到自付額前是否有承保服務？	是。承保服務沒有自付額。	本計畫不含自付額。
特定服務是否有其他自付額？	否。	您不必達到特定服務的自付額。
本計畫的自付限額是多少？	\$7,500/僅自己 \$15,000/自己加一人 \$15,000/自己和家庭	自付限額或災難給付上限是您在一年內可能支付的承保服務金額上限。如果您還有其他家庭成員在本計畫中，他們必須達到自己的自付限額，直至達到全家的自付限額為止。
自付限額中不包括什麼？	保費、差額費用、本計畫不承保的健康照護，以及未獲得服務事先授權的罰金。	即使您支付這些費用，它們也不會計入自付限額。
若您使用網路提供者，您需要支付的費用是否較低？	是。請查看 provider.fepblue.org 或撥打您當地的 BCBS 公司電話，取得網路提供者名單。	本計畫使用提供者網路。如果使用本計畫網路中的提供者，則您需要支付的費用較低。如果您使用網路外提供者，您將支付最多的費用，您可能會收到提供者的帳單，這是提供者費用與計畫支付之間的差額。請注意，您的網路提供者可能會使用網路外提供者獲得部分服務（如實驗室工作）。在您接受服務前，請先與您的提供者確認。
我需要轉介才能去看專科醫師嗎？	否。	您可以去看自己選擇的專科醫師，不需要轉介。



這張圖表顯示的所有共付額和共同保險費用都是在達到您的自付額後所計算得出（如有自付額）。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付哪些內容		限制、例外與其他重要資訊
		網路提供者 (您將支付最少的金額)	網路外提供者 (您將支付最多的金額，另外還可能須支付差額)	
如果您去一家健康照護提供者的辦公室或診所	治療受傷或生病的初級保健就診	每次就診 \$35	不給付	您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。 當您在意外受傷後的 72 小時內接受相關治療時，您無需支付任何費用。
	專科醫師就診	每次就診 \$50	不給付	您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。
	預防性照護/篩檢/免疫接種	免費	不給付	您可能需要支付非預防性服務的費用。請詢問您的提供者所需的服務是否為預防性質。然後確認自己的計畫會支付哪些費用。
如果您要做檢查	診斷檢查 (X 光、驗血)	您需要為血液檢查支付 15% 的共同保險；為 X 光檢查支付 \$40 的共付額	不給付	您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。
	成像 (CT/PET 掃描、MRI)	\$100 (由專業人士收費時)；\$250 (由機構收費時)	不給付	您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付哪些內容		限制、例外與其他重要資訊
		網路提供者 (您將支付最少的金額)	網路外提供者 (您將支付最多的金額，另外還可能須支付差額)	
如果您需用藥物來治療生病或病症 關於處方藥物承保範圍的更多資訊，請見 fepblue.org/formulary	第 1 層 (學名藥)	每張處方 \$15 (30 日用量)	不給付	每張處方額外共付額 \$40 (31 至 90 日用量)
	第 2 層 (首選原廠藥)	每張處方 \$75 (30 日用量)	不給付	每張處方額外共付額 \$200 (31 至 90 日用量)
	第 3 層 (非首選原廠藥)	60% 的共同保險/ 最低 \$90 (30 日用量)	不給付	額外共付額最低 \$250 (31 至 90 日用量)
	第 4 層 (首選專用藥)	零售：每張處方 \$120 (30 日用量) 專科藥局：每張處方 \$120 (30 日用量)；每張處方 \$350 (31 至 90 日用量)	不給付	零售：限取藥一次 專科藥局：只有第三次取藥後才能獲得 90 日用量 某些處方藥需要事先核准。
	第 5 層 (非首選專用藥)	零售：每張處方 \$200 (30 日用量) 專科藥局：每張處方 \$200 (30 日用量)；每張處方 \$500 (31 至 90 日用量)	不給付	零售：限取藥一次 專科藥局：只有第三次取藥後才能獲得 90 日用量 某些處方藥需要事先核准。
如果您要做門診手術	設施費 (如流動手術中心)	每間設施每日 \$250	不給付	無
	醫師/外科醫師費	每位執行手術的醫師 \$150 (門診環境)； 每位執行手術的醫師 \$200 (其他環境)	不給付	您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。 某些手術服務需要事先核准。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付哪些內容		限制、例外與其他重要資訊
		網路提供者 (您將支付最少的金額)	網路外提供者 (您將支付最多的金額，另外還可能須支付差額)	
如果您需要立即獲得醫護	急診室照護	每間設施每日 \$350	每間設施每日 \$350	無
	緊急醫療運送	每日 \$100	每日 \$100	空中或海上救護運送：每日 \$150
	急診照護	每次就診 \$50	不給付	在網路外急診照護設施接受與醫療緊急服務相關的護理時，您每次就診需支付 \$50。
如果您要住院	設施費 (如醫院病房)	每次入院每日 \$350，上限為 \$1,750	不給付	需要事先證明。如果沒有聯絡我們申請事先證明，我們將減少 \$500 的住院治療福利金額。
	醫師/外科醫師費	每位執行手術的醫師 \$200	不給付	某些手術服務需要事先核准。 您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。
如果您需要精神健康、行為健康或藥物使用失調服務	門診服務	每次辦公室就診 \$35 的共付額，門診服務免費	不給付	無
	住院服務	專業服務免費；對於設施護理，每次入院每日 \$350，上限為 \$1,750	不給付	住院治療需取得事先證明。如果沒有聯絡我們申請事先證明，我們將減少 \$500 的住院治療福利金額。
如果您懷孕	辦公室就診	免費	不給付	預防性服務不適用費用分攤。產婦照護可能包括 SBC 中其他地方所描述的檢查和服務 (如超音波)。
	生產/分娩專業服務	免費	不給付	無
	生產/分娩設施服務	設施護理每次入院 \$350	不給付	無

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付哪些內容		限制、例外與其他重要資訊
		網路提供者 (您將支付最少的金額)	網路外提供者 (您將支付最多的金額，另外還可能須支付差額)	
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	<u>居家健康照護</u>	每次就診 \$35	不給付	每日曆年限 25 次就診。
	<u>康復服務</u>	對於初級保健，每次就診 \$35；對於專科醫師，每次就診 \$50	不給付	每日曆年限 50 次就診。包括物理、職能和言語治療。您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。
	<u>復健服務</u>	對於初級保健，每次就診 \$35；對於專科醫師，每次就診 \$50	不給付	每日曆年限 50 次就診。承保範圍僅限於物理、職能和言語治療。您要為所使用或獲得的且與自身護理相關的藥劑、藥物和/或用品支付 30% 的共同保險。
	<u>專業護理照護</u>	不給付	不給付	無
	<u>耐用醫療設備</u>	30% 的共同保險	不給付	無
	<u>臨終服務</u>	免費	不給付	所有臨終服務需要事先核准。在持照住院臨終護理設施內最多連續獲得 30 日的福利。
如果您的孩子需要牙科或眼科照護	兒童眼睛檢查	對於初級保健，每次就診 \$35；對於專科醫師，每次就診 \$50	不給付	承保範圍僅限於與特定醫療狀況治療相關的檢查。
	兒童眼鏡	30% 的共同保險	不給付	承保範圍僅限於一副因特定醫療狀況而開具處方的眼鏡。
	兒童牙齒檢查	每次評估 \$35	不給付	承保範圍僅限於每日曆年兩次就診。

非承保服務及其他承保服務

您的計畫通常不承保的服務（請查看您的 PSHB 計畫手冊以瞭解詳細資訊及任何其他非承保服務清單。）

- 人工生殖技術 (Assisted Reproductive Technologies, ART)
- 長期照護
- 例行眼部護理
- 整容手術
- 私人值班護理
- 減重計畫

其他承保服務（限制可能適用於這些服務。這份清單並不完整。請參閱您的 PSHB 計畫手冊。）

- 針灸（每日曆年限 12 次就診）
- 牙科護理
- 在美國境外旅行時的非緊急照護
- 減肥手術
- 助聽器
- 如果您正在接受代謝或周邊血管疾病的積極治療，則包括例行足部照護
- 整脊護理（每日曆年限 20 次就診）
- 不孕治療

您繼續獲得承保的權利：若要在承保結束後繼續投保，您可獲得幫助。請參閱 PSHB 計畫手冊、聯絡您的 HR 辦公室/退休體系、致電 ID 卡背面的號碼以聯絡您的計畫，或者造訪 <https://health-benefits.opm.gov/pshb>。一般情況下，如果您失去計畫下的保障，則根據具體情況，您可能有資格獲得 31 日免費承保延期、轉換保單（非 PSHB 個人保單）、配偶權益承保或臨時承保延續 (Temporary Continuation of Coverage, TCC)。您也可以利用其他承保選項，包括透過健康保險市場購買個人保險。有關市場的更多資訊，請造訪 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596。

您的申訴及上訴權利：如果您對自身保險計畫拒絕賠付要求感到不滿意，您可以呈遞上訴。有關上訴權利的資訊，請參閱 PSHB 計畫手冊中的第 3 節「如何獲得護理」和第 8 節「爭議理賠程序」。如需協助，您可以致電會員 ID 卡背面的客戶服務號碼，聯絡當地的 BCBS 公司。

本計畫是否提供最低基本承保？是

最低基本承保通常包括計畫、可透過市場獲得的健康保險，或其他個人市場保單、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和某些其他保險。如果您符合某些類型的最低基本承保資格，您可能無法獲得保費稅收抵免。

本計畫是否符合最低價值標準？是

如果您的計畫不符合最低價值標準，您可能有資格獲得保費稅收抵免，以幫助您透過市場支付計畫費用。

語言援助服務：

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.]

[Chinese (中文): 請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。]

[Navajo (Dine): Diné k'ehjí yá'áti'í bee shiká'adoowoł nohsingo naaltsoos nihaa halne'go nidaahtinígíí bine'déé' Customer Service bibéésh bee hane'é biká'ígíí bich'í' dahodoolnih.]

若要查看本計畫可能為示例病情承保相關費用的範例，請參閱下一節。

關於這些承保範例：



這不是一份費用估計表。顯示的治療只是用來說明本計畫如何承保醫療照護的例子。您的實際費用會有所不同，具體取決於您接受的實際照護、您的提供者收費的價格，及其他許多因素。範例著重於展示費用分攤金額（自付額、共付額和共同保險費用）及計畫下的非承保服務。使用此資訊來比較您根據不同健康計畫可能需支付的費用。請注意，這些承保範例基於單人保險。

Peg 懷孕了

（9 個月的網路內產前護理和住院分娩）

■ 本計畫的總自付額	\$0
■ 專科醫師 [費用分攤]	\$50
■ 醫院（設施） [費用分攤]	\$350
■ 其他 [費用分攤]	30%

本範例事件包含下列類似服務：
 專科醫師辦公室就診（產前護理）
 生產/分娩專業服務
 生產/分娩設施服務
 診斷檢查（超音波及驗血）
 專科醫師就診（麻醉）

範例總費用	\$12,700
-------	----------

在本範例中，Peg 要支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$510
共同保險	\$0
不承保項目	
限制和排除條款所涉項目	\$60
Peg 要支付的總額為	\$570

管理 Joe 的 2 型糖尿病

（一年的網路內定期照護，且控制情況良好）

■ 本計畫的總自付額	\$0
■ 專科醫師 [費用分攤]	\$50
■ 醫院（設施） [費用分攤]	\$350
■ 其他 [費用分攤]	30%

本範例事件包含下列類似服務：
 初級保健醫師辦公室就診（包含疾病衛教）
 診斷檢查（驗血）
 處方藥
 耐用醫療設備（血糖計）

範例總費用	\$5,600
-------	---------

在本範例中，Joe 要支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$1,840
共同保險	\$200
不承保項目	
限制和排除條款所涉項目	\$20
Joe 要支付的總額為	\$2,060

Mia 輕微骨折

（網路內急診室就診和追蹤照護）

■ 本計畫的總自付額	\$0
■ 專科醫師 [費用分攤]	\$50
■ 醫院（設施） [費用分攤]	\$350
■ 其他 [費用分攤]	30%

本範例事件包含下列類似服務：
 急診室照護（包括醫療用品）
 診斷檢查（X 光）
 耐用醫療設備（拐杖）
 復健服務（物理治療）

範例總費用	\$2,800
-------	---------

在本範例中，Mia 要支付：

費用分攤	
自付額	\$0
共付額	\$870
共同保險	\$90
不承保項目	
限制和排除條款所涉項目	\$0
Mia 要支付的總額為	\$960

本計畫將承擔這些範例承保服務的其他費用。