
 《福利和承保范围摘要》(SBC) 文件将助您选择健康**计划**。SBC 会向您说明您和本**计划**将如何分摊所承保的医疗服务费用。**注意:** **有关本计划的费用 (即保险费) 的信息将另行提供。本文件仅为摘要。** 如需获得有关您承保范围的更多信息, 或者想要获取完整的承保范围条款的副本, 请访问 www.rrd.bswift.com 或致电 1-877-773-4236。若想了解常见术语的一般定义, 例如: [允许额](#)、[差额账单](#)、[共同保险](#)、[共付额](#)、[自付额](#)、[提供者](#), 或其他带下划线的术语, 请查阅“术语表”。您可访问 www.rrd.bswift.com 查看该“术语表”, 或致电 1-877-773-4236 索要副本。

重要问题	答案	为何重要:
什么是总自付额?	网络内: \$4200 为个人支付 / \$8400 为家庭支付 网络外: \$4200 为个人支付 / \$8400 为家庭支付 不适用于共付额、处方药, 以及下列“不收费”服务。	一般而言, 只有当您向提供者支付的全部费用达到自付额金额后, 本计划才开始支付。如果您将其他家庭成员列入本保单, 则达到家庭总自付额后, 本计划才开始支付。
在您达到自付额之前, 是否有承保的服务?	是。保险将在您达到自付额之前, 支付使用共付额的预防性照护和其他项目。	即使您尚未达到年度自付额金额, 本计划也可承保某些项目及服务。但可能需要共付额或共同保险。例如, 在不存在分摊费用且您尚未达到自付额的情况下, 本计划可承担某些预防性服务。请访问 www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ , 查看承保服务清单。
具体服务是否有其他自付额?	否, 没有其他自付额。	针对具体服务, 您无需达到自付额。
什么是本计划的自付费用限额?	网络内: \$6900 为个人支付 / \$13800 为家庭支付 网络外: \$6900 为个人支付 / \$13800 为家庭支付 (每个历年)	自付费用限额指您在一年内为承保服务所支付的最高金额。如果您将其他家庭成员列入本计划, 那么他们必须达到自己的自付费用限额, 直到达到家庭总自付费用限额为止。
哪些费用不计入自付费用限额?	保险费、费用差额、本计划不予承保的健康照护, 以及未获得服务预先通知的罚款。	虽然您支付了这些费用, 但其不会被计入自付费用限额。

重要问题	答案	为何重要:
如果您使用网络提供者, 您是否会支付较少的费用?	是。请访问 www.rrd.bswift.com , 或致电 1-877-773-4236, 以获取网络提供者名单。	本计划使用提供者网络。如果您使用本计划网络内的提供者, 您将支付较少的费用。如果您使用网络外的提供者, 则将会支付最高的费用, 而且您还将收到提供者出具的有关提供者的收费与您计划所支付费用之间的差额的账单(差额账单)。请注意, 您的网络提供者可能使用网络外提供者的某些服务(如实验室工作)。请在获取服务之前咨询您的提供者。
您是否需要转介才能看专科门诊?	否	您不需要转介即可看专科门诊。

 本表所示的所有共付额和共同保险费用均为在达到您自付额之后的费用(如适用于自付额)。

普通 医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外以及其他重要信息
		网络提供者 (您将支付最低费用)	网络外提供者 (您将支付最高费用)	
如果您要去一家健康照护提供者的办公室或诊所就诊	治疗伤害或疾病的初级 照护门诊	每次就诊 \$25 共付额; 无需自付额	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	无
	专科就诊	每次就诊 \$50 共付额; 无需自付额	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	无
	预防性照护/筛查/ 免疫	不收费; 无需自付额	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	包括医疗改革法案中指定的预防性 医疗服务。您可能必须支付非预防 性服务的费用。请咨询您的提供者 所需服务是否为预防性服务。然后 再查看您的计划将支付的费用。
如果您要做检查	诊断检查 (x 光、 验血)	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	无
	成像 (CT/PET 扫描、 MRI)	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	无

* 要了解关于限制和例外的详细信息, 请访问 www.rrd.bswift.com 查看计划或保单文件。

普通 医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外以及其他重要信息
		网络提供者 (您将支付最低费用)	网络外提供者 (您将支付最高费用)	
如果您需要药物来治疗疾病或病症有关处方药承保范围的详细信息, 请访问 www.caremark.com	通用名称药物 (第一类)	零售: 25% 共同保险, 无需自付额 邮购: 25% 共同保险, 无需自付额	零售: 25% 共同保险, 无需自付额 邮购: 25% 共同保险, 无需自付额	零售: 最少 \$10, 最多 \$45。 邮购: 最少 \$25, 最多 \$115
	首选品牌药物 (第二类)	零售: 40% 共同保险, 无需自付额 邮购: 40% 共同保险, 无需自付额	零售: 40% 共同保险, 无需自付额 邮购: 40% 共同保险, 无需自付额	零售: 最少 \$40, 最多 \$100。 邮购: 最少 \$100, 最多 \$250
	非首选品牌药物 (第三类)	零售: 50% 共同保险, 无需自付额 邮购: 50% 共同保险, 无需自付额	零售: 50% 共同保险, 无需自付额 邮购: 50% 共同保险, 无需自付额	零售: 最少 \$75, 最多 \$150。 邮购: 最少 \$185, 最多 \$375
	专用药物 (第四类)	零售: \$210 共付额	零售: \$210 共付额	不承保邮购。
如果您需要进行门诊手术	设施费 (例如: 流动手术中心)	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	无
	医师外科医师费	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	无
如果您需要立即就医	急救室照护	每次就诊 \$600 共付额, 25% 共同保险; 无需自付额	每次就诊 \$600 共付额, 25% 共同保险; 无需自付额	如果被收治, 则免共付额。若理赔管理人员认定为不是确实需要急救的情况, 则应支付自付额后, 再支付 50% 共同保险。
	紧急医疗运送	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	无
	紧急医疗	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	无

* 要了解关于限制和例外的详细信息, 请访问 www.rrd.bswift.com 查看计划或保单文件。

普通 医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外以及其他重要信息
		网络提供者 (您将支付最低费用)	网络外提供者 (您将支付最高费用)	
如果您需住院治疗	设施费 (例如: 医院病房)	超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	需要 <u>事先授权</u> , 否则会处以 \$500 罚款
	医师外科医师费	超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	无
如果您需要精神健康、行为健康或滥用药物服务	门诊服务	门诊: 每次就诊 \$25 共付额 设施: 超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	无
	住院服务	超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	需要 <u>事先授权</u> , 否则会处以 \$500 罚款
如果您是孕妇	门诊就诊	每次就诊 \$25 共付额; 无需自付额	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	常规产检在承保范围内, 不收费。根据服务的类型, <u>共同保险或自付额</u> 可能适用。可能需要 <u>事先授权</u> , 否则会处以 \$500 罚款。
	生孩子 / 分娩专业服务	超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	
	生孩子 / 分娩设施服务	超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	
如果您需要促进康复的治疗或有其他特殊的健康需求	<u>家居健康照护</u>	超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	每个历年 120 次就诊, 包括 <u>网络内和网络外</u> 就诊以及私人护理服务
	<u>康复服务</u>	每次就诊 \$50 共付额; 无需自付额	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	每个历年 90 次就诊, 包括 <u>网络内和网络外</u> 就诊合并就诊包括职业治疗、言语治疗、物理治疗、肺部治疗及认知治疗就诊。
	<u>复健服务</u>	不承保	不承保	无
	<u>专业护理照护</u>	超出自付额部分, 支付 25% <u>共同保险</u>	超出自付额部分, 支付 50% <u>共同保险</u>	每个历年 90 天, 包括 <u>网络内和网络外</u> 就诊。需要 <u>事先授权</u> , 否则会处以 \$500 罚款。

* 要了解关于限制和例外的详细信息, 请访问 www.rrd.bswift.com 查看计划或保单文件。

普通 医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外以及其他重要信息
		网络提供者 (您将支付最低费用)	网络外提供者 (您将支付最高费用)	
	耐用医疗设备	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	福利仅限于出于医疗目的使用的项目。DME 福利针对购买和租赁设备 (最高不能超过购买价格) 均适用。
	临终关怀服务	超出自付额部分, 支付 25% 共同保险	超出自付额部分, 支付 50% 共同保险	需要事先授权, 否则会处以 \$500 罚款
如果您的孩子需要 牙科或眼科照护	儿童眼科检查	不承保	不承保	视力福利可能通过单独计划提供。
	儿童配镜	不承保	不承保	视力福利可能通过单独计划提供。
	儿童牙齿检查	不承保	不承保	牙科福利可能通过单独计划提供。

非承保服务及其他承保服务:

一般而言, 您的计划不承保的服务 (如需更多信息及获取任何其他非承保服务清单, 请查看您的保单和计划文件。)		
<ul style="list-style-type: none"> • 针灸 • 成人例行视力检查 (即屈光检查) • 儿童牙齿检查 • 儿童例行视力检查 (即屈光检查) 	<ul style="list-style-type: none"> • 儿童配镜 • 美容手术 • 牙科保健 (成人) 	<ul style="list-style-type: none"> • 不孕症治疗 • 长期照护 • 在美国以外地区旅行时发生的非紧急照护 • 减重计划
其他承保服务 (这些服务可能受限。这份清单并不完整。请参阅您的计划文件。)		
<ul style="list-style-type: none"> • 减肥手术 • 脊柱护理 (可能受限) 	<ul style="list-style-type: none"> • 助听器 (每 36 个月仅限每侧耳朵 1 个新助听器, 最高 \$5000) • 私人护理服务 (住院除外) 	<ul style="list-style-type: none"> • 常规足部护理 • 不孕症治疗 (仅承保诊断不孕症)

* 要了解关于限制和例外的详细信息, 请访问 www.rrd.bswift.com 查看计划或保单文件。

您继续承保的权利：在承保终止之后，如果您想继续承保，以下机构可为您提供帮助。以下是这些机构的联络信息：拨打 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 www.dol.gov/ebsa/healthreform 联络美国劳工部的员工福利保障管理局 (Employee Benefits Security Administration)。您也可以选择其他承保范围选项，包括通过健康保险市场 (Health Insurance Marketplace) 购买个人保险承保范围。有关该市场的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov/ 或致电 1-800-318-2596。

您申诉及上诉的权利：如果您想对拒绝索赔的计划进行投诉，以下机构可为您提供帮助。这种投诉被称为申诉或上诉。有关您权利的更多信息，请查看您通过该医疗索赔可获得的福利说明。您的计划文件也会提供有关您出于任何原因对您的计划提交索赔、上诉或申诉的完整信息。如需了解有关您的权利、本通知或援助的更多信息，请：致电 1-877-773-4236，或访问 www.rrd.bswift.com，或致电 1-866-444-3272 或访问 www.dol.gov/ebsa/healthreform 联系员工福利保障管理局。

此外，消费者援助计划可帮您提出上诉。您可以访问 www.dol.gov/ebsa/healthreform 和 <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>，以获得可提供消费者援助计划的各州清单。

本计划是否提供最低基本承保？ 是

如果您有一个月没有最低基本承保，那么您在提交税务申报表时必须付款，直至您符合规定的减免条件以享有该月的健康承保为止。

本计划是否符合“最低价值标准”的规定？ 是

如果您的计划不符合最低价值标准的规定，您可能没有资格获得保费税额抵免优惠，以帮助您通过市场为本计划付费。

语言服务：

西班牙语 (Español)：Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-773-4236.

他加禄语 (Tagalog)：Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-773-4236.

中文：如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-773-4236.

纳瓦霍语 (Dine)：Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-773-4236.

若要查看本计划如何为示例病情的费用承保的示例，请参阅下一部分内容。

* 要了解关于限制和例外的详细信息，请访问 www.rrd.bswift.com 查看计划或保单文件。

关于这些承保范围示例：



这并不是一份费用估计表。所显示的各种治疗仅为示例，旨在说明本计划如何为医疗照护承保。您实际支付的费用会有所不同，具体取决于您接受的实际照护、您的提供者的收费价格，以及许多其他因素。重点关注本计划项下的分摊费用金额（自付额、共付额及共同保险）和非承保服务。利用此信息可以比较针对各种不同健康计划下您可能支付的费用部分。请注意：这些承保示例基于仅本人承保。

Peg 要生孩子了

(9 个月的网络内产前照护和医院分娩)

■ 本计划的总自付额	\$4200
■ 专科门诊共付额	\$50
■ 医院 (设施) 共同保险	25%
■ 其他共同保险	25%

示例事件包括以下服务：

专科门诊就诊 (产前照护)
生孩子 / 分娩专业服务
生孩子 / 分娩设施服务
诊断检查 (超声波和验血)
专科就诊 (麻醉)

示例总费用	\$12700
-------	---------

在本示例中，Peg 将支付：

<u>分摊费用</u>	
自付额	\$4200
共付额	\$100
共同保险	\$1900
<u>不承保的服务</u>	
限制或非承保服务	\$60
Peg 将支付的总额	\$6260

治疗 Joe 的二型糖尿病

(为期一年的网络内照护，病人的病情控制良好)

■ 本计划的总自付额	\$4200
■ 专科门诊共付额	\$50
■ 医院 (设施) 共同保险	25%
■ 其他共同保险	25%

示例事件包括以下服务：

初级护理医师门诊就诊 (包括疾病教育)
诊断检查 (验血)
处方药
耐用医疗设备 (血糖仪)

示例总费用	\$7400
-------	--------

在本示例中，Joe 将支付：

<u>分摊费用</u>	
自付额	\$4200
共付额	\$400
共同保险	\$600
<u>不承保的服务</u>	
限制或非承保服务	\$60
Joe 将支付的总额	\$5260

Mia 的单纯骨折

(网络内急诊室就诊及后续照护)

■ 本计划的总自付额	\$4200
■ 专科门诊共付额	\$50
■ 医院 (设施) 共同保险	25%
■ 其他共同保险	25%

示例事件包括以下服务：

急救室照护 (包括医疗用品)
诊断检查 (x 光)
耐用医疗设备 (拐杖)
康复服务 (物理治疗)

示例总费用	\$2000
-------	--------

在本示例中，Mia 将支付：

<u>分摊费用</u>	
自付额	\$1100
共付额	\$200
共同保险	\$200
<u>不承保的服务</u>	
限制或非承保服务	\$0
Mia 将支付的总额	\$1500

*注意：本计划针对该承保范围示例中包含的具体服务有其他自付额。请查看上面的“具体服务是否有其他自付额？”行。

* 要了解关于限制和例外的详细信息，请访问 www.rrd.bswift.com 查看计划或保单文件。

本计划将承担这些示例承保服务的其他费用。