



本福利和报销范围总结 (SBC) 文档可帮助您选择适合您的健康计划。SBC 将向您说明您和计划将如何分担医疗服务的保险费用。注意：有关本计划费用（称为“保费”）的信息将另行提供。本文档只做以总结。如需了解有关保险的更多信息，或索取完整的保险条款，请致电 773-385-9300。有关常用术语的一般定义，如允许金额、差额账单、共同保险、共同支付、自付费用、医疗服务提供者或其他带下划线的术语，请参见术语表。您可以在 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 查看术语表，或致电 773-385-9300 索取副本。

| 重要问题 | 答案 | 为什么这很重要？ |
|-----------------------------|---|--|
| 总自付费用是什么？ | \$0 | 有关本计划报销服务费用的信息，请参见常见医疗事件图表。 |
| 在达到自付费用前，是否有可以报销的服务？ | 否 | 您必须达到自付费用，之后计划才能为任何服务支付费用。 |
| 对于特定服务，是否还有其他自付费用？ | 否 | 对于特定服务，您不必达到自付费用。 |
| 本计划的实付费用限额是什么？ | \$3,000 网络内医疗福利 \$3,600 网络内处方药福利 | 实付费用限额是您在一年内可支付的保险服务费用上限。如果您的其他家庭成员也在本计划中，则其必须达到实付费用限额，直到达到整个家庭的实付费用限额。 |
| 实付费用限额中不包括什么？ | 因网络外收费、非报销范围内收费或罚款而未由计划支付的任何金额 | 即使您支付了这些费用，但其也不会计入实付费用限额。 |
| 如果您使用网络医疗服务提供者，您支付的费用是否会减少？ | 是。网络为 Union Health Service 1-312-423-4200 | 本计划使用了医疗服务提供者网络。如果您使用的医疗服务提供者在计划的网络内，则相应的费用将减少。如果您使用网络外医疗服务提供者，则将支付最多的费用，而且会收到医疗服务提供者发出的账单，提醒您支付医疗服务提供者费用和计划支付费用之间的差额（差额账单）。请注意，您的网络医疗服务提供者可能会使用网络外医疗服务提供者来提供某些服务（如化验）。在您获取服务前，请咨询您的医疗服务提供者。 |
| 您是否需要推荐才能去看专科医生？ | 是 | 本计划将支付看专科医生的部分或全部报销范围内的服务费用，但前提是您要在获得推荐后才能去看专科医生。 |

 本图表中所示的所有[共同支付](#)和[共同保险](#)费用均发生在达到[自付费用](#)后，前提是[自付费用](#)适用。

| 普通医疗事件 | 您可能需要的服务 | 您将支付的费用 | | 限制条件、例外情况和其他重要信息 |
|--|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| | | 网络医疗服务提供者 (您将支付最少的费用) | 网络外医疗服务提供者 (您将支付最多的费用) | |
| 如果您前往医疗服务提供者的门诊或诊所 | 治疗伤病的初级医疗就诊 | \$0 | 不在报销范围内 | \$10 共同支付 如果您使用 Polk 大街上的 UHS |
| | 专科医生 诊断 | \$0 | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 预防性医疗/筛查/疫苗接种 | 免费 | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| 如果您需要做检查 | 诊断检查 (X光、血液检查) | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 成像 (CT/PET 扫描、MRI) | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| 如果您需要药物来治疗您的疾病或病症 有关 处方药保险 的更多信息，请致电UHS 312-423-4200/ OptumRx 866-207-5623 | 仿制药 – 销售点药费 \$0-\$15 高于 \$15 | \$1 共同支付 | 不在报销范围内 | 请致电 UHS 312-423-4200。 共同支付 因品牌、剂量或数量而变化。 |
| | 首选原厂药 – 销售点药费 \$0 - \$30 高于 \$30 | \$8 共同支付 | 不在报销范围内 | 请致电 UHS 312-423-4200。 共同支付 因品牌、剂量或数量而变化。 |
| | 非首选原厂药 – 所有费用 | 100% 共同保险 | 不在报销范围内 | 请致电 UHS 312-423-4200。 |
| | 特殊药物 | 不在报销范围内 | 不在报销范围内 | |
| 如果您接受门诊手术 | 设施费 (如门诊手术中心) | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 内科医生/外科医生费用 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| 如果您需要立即就医 | 急诊室护理 | \$200 共同支付 | \$200 共同支付 | \$200 共同支付 费用在住院后免除。您必须在治疗后的 48 小时内致电 UHS。 |
| | 急救医疗运送 | 0% | 0% | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 急诊护理 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| 如果您需要住院 | 设施费 (如住院费) | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 内科医生/外科医生费用 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |

(DT - OMB 控制编号：1545-0047/到期日：12/31/2019) (DOL - OMB 控制编号：1210-0147/到期日：5/31/2022)
(HHS - OMB 控制编号：0938-1146/到期日：10/31/2022)

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|---------|--|
| 如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务 | 门诊服务 | \$10 <u>共同支付</u> 每次门诊 | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 住院服务 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| 如果您是孕妇 | 门诊 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 分娩/接生专业服务 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 分娩/接生设施服务 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| 如果您需要康复帮助或有其他特殊健康需求 | 家庭保健护理 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 康复服务 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 康复服务 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 专业护理照顾 | 0% | 不在报销范围内 | 最多 90 天（日历年）。 需要 UHS 推荐 。 |
| | 耐用医疗设备 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| | 临终关怀服务 | 0% | 不在报销范围内 | 需要 UHS 推荐 。 |
| 如果您的孩子需要牙科或眼科服务 | 儿童视力检查 | 不在报销范围内 | 不在报销范围内 | |
| | 儿童眼镜 | 不在报销范围内 | 不在报销范围内 | |
| | 儿童牙齿检查 | 不在报销范围内 | 不在报销范围内 | |

除外服务和其他报销范围内的服务：

[计划](#) 通常不报销的服务（查看您的政策或[计划](#) 文档，以了解更多信息，或查看任何其他[除外服务](#)列表。）

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 针灸 • 整容手术 • 牙科护理（成人） • 助听器 | <ul style="list-style-type: none"> • 不孕不育治疗 • 长期护理 • 美国境外旅行时的非紧急护理 | <ul style="list-style-type: none"> • 私人护理 • 常规眼科护理（成人） • 常规足部护理 • 减肥计划 |
|---|---|--|

其他报销范围内的服务（这些服务可能会受到限制。本列表并不是完整的列表。请参见您的[计划](#) 文档。）

- 减肥手术（必须符合所有标准：您的主治医生建议您接受该治疗；您的主治医生称您的体重至少超出医学理想体重 100 磅；您的体重指数达到或超过 45；由于患有糖尿病、心脏病、高血压等危及生命的并发症，肥胖对您的生命构成威胁；您有通过保守方法减肥失败的病历；您已成功完成精神评估，并且没有可能降低手术长期成功几率的精神疾病；您在手术前六个月积极参加了 Hines & Associates 的疾病管理计划，其中包括营养咨询和减轻体重计划；您过去没有接受过任何形式的减肥手术。减肥修正手术不再本计划的报销范围内。
- 脊骨神经治疗（脊骨神经治疗的报销比例为 50%，最多可就诊 20 次）。

您续保的权利：如果您想在保险结束后续保，有一些机构可以提供帮助。这些机构的联系方式：劳工部员工福利安全管理局，电话：1-866-444-EBSA (3272)，网站：www.dol.gov/ebsa/healthreform。您也可以选择其他保险方案，包括通过 Health Insurance [Marketplace](#) 购买个人保险。

(DT - OMB 控制编号：1545-0047/到期日：12/31/2019) (DOL - OMB 控制编号：1210-0147/到期日：5/31/2022)
(HHS - OMB 控制编号：0938-1146/到期日：10/31/2022)

有关 [Marketplace](#) 的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596。

您的上诉和申诉权：如果您想就[计划](#)拒绝[理赔](#)进行投诉，有一些机构可以提供帮助。这种投诉称为[上诉](#)或[申诉](#)。有关您的权利的详细信息，请参见您将收到的医疗[索赔](#)的福利说明。您的[计划](#)文档还会提供如何出入任何原因将[索赔](#)、[申诉](#)或[上诉](#)提交给您的[计划](#)的完整信息。有关您的权利、本通知或援助的更多信息，请联系：劳工部员工福利安全管理局，电话：1-866-444-EBSA (3272)，网站：www.dol.gov/ebsa/healthreform。

本计划是否提供最低基本保险？**[是]**

[最低基本保险](#) 通常包括[计划](#)、[医疗保险](#)。这些保险可通过 [Marketplace](#) 或其他市场政策、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 以及某些其他保险计划获得。如果您有资格获得某些类型的[最低基本保险](#)，则可能没有资格享受[保费税收抵免](#)。

本计划是否符合最低值标准？**[是]**

如果您的[计划](#) 不满足[最低值标准](#)，则您可能没有资格享受[保费税收抵免](#)，以帮助您支付[计划](#) 的费用（通过 [Marketplace](#)）。

语言无障碍服务：

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 773-385-9300.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 773-385-9300.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 773-385-9300.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 773-385-9300.]

有关[计划](#)如何支付医疗费用的示例，请参阅下一节。

PRA 披露声明：依据 1995 年文本简化方案，人们无需对信息收集做出响应，除非对方展示有效的美国政府管理预算局 (OMB) 控制编号。收集这种信息的有效 OMB 控制编号为 **0938-1146**。完成本次信息收集所需的时间估计为平均每次答复 **0.08** 小时，其中包括查看说明，搜索现有数据资源，收集所需数据以及完成并检查信息收集的时间。如果您对估算时间的准确性有任何意见或对改进此表格有任何建议，请写信给 CMS, 7500 Security Boulevard, 收件人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

有关这些保险示例：



这不是一个成本估算工具。所示治疗只是本计划如何报销医疗服务的示例。您的实际费用将取决于您接受的实际护理、[医疗服务提供者](#)的收费以及许多其他因素。重点关注[费用分摊](#)金额（[自付费用](#)、[共同支付](#)和[共同保险](#)），以及[除外服务](#)（[计划范围内](#)）。使用该信息来比较您在不同健康[计划](#)下可能支付的那部分费用。请注意，这些保险示例均基于自我保险。

Peg 要生孩子了

(9 个月的网络内产前护理和住院分娩)。

| | |
|----------------------------------|-----|
| ■ 计划的总自付费用 | \$0 |
| ■ 专科医生 [费用分摊] | \$0 |
| ■ 医院 (设施) [费用分摊] | 0% |
| ■ 其他 [费用分摊] | 0% |

该示例事件包括以下服务：
[专科医生](#)门诊（产前护理）
 分娩/接生专业服务
 分娩/接生设施服务
[诊断检查](#)（超声波和血液检查）
[专科医生](#)门诊（麻醉）

| | |
|-------|----------|
| 示例总费用 | \$12,700 |
|-------|----------|

在本示例中，Peg 将支付：
[费用分摊](#)

| | |
|----------------------|-----|
| 自付费用 | \$0 |
| 共同支付 | \$2 |
| 共同保险 | \$0 |

[不能报销的项目](#)

| | |
|-------|------|
| 限制或排除 | \$60 |
|-------|------|

| | |
|--------------------|-------------|
| Peg 总共支付的费用 | \$60 |
|--------------------|-------------|

治疗 Joe 的 2 型糖尿病（一年的网络内常规护理，病情得到良好控制）

| | |
|----------------------------------|-----|
| ■ 计划的总自付费用 | \$0 |
| ■ 专科医生 [费用分摊] | \$0 |
| ■ 医院 (设施) [费用分摊] | 0% |
| ■ 其他 [费用分摊] | 0% |

该示例事件包括以下服务：
[主治医生](#)门诊（包括疾病教育）
[诊断检查](#)（血液检查）
[处方药](#)
[耐用医疗设备](#)（血糖仪）

| | |
|-------|---------|
| 示例总费用 | \$5,600 |
|-------|---------|

在本示例中，Joe 将支付：
[费用分摊](#)

| | |
|----------------------|-------|
| 自付费用 | \$0 |
| 共同支付 | \$200 |
| 共同保险 | \$0 |

[不能报销的项目](#)

| | |
|-------|------|
| 限制或排除 | \$20 |
|-------|------|

| | |
|--------------------|--------------|
| Joe 总共支付的费用 | \$200 |
|--------------------|--------------|

Mia 的单纯骨折

(网络内急诊和后续护理)

| | |
|----------------------------------|-----|
| ■ 计划的总自付费用 | \$0 |
| ■ 专科医生 [费用分摊] | \$0 |
| ■ 医院 (设施) [费用分摊] | 0% |
| ■ 其他 [费用分摊] | 0% |

该示例事件包括以下服务：
[急诊室护理](#)（包括医疗用品）
[诊断检查](#)（X 光）
[耐用医疗设备](#)（拐杖）
[康复服务](#)（物理疗法）

| | |
|-------|---------|
| 示例总费用 | \$2,800 |
|-------|---------|

在本示例中，Mia 将支付：
[费用分摊](#)

| | |
|----------------------|-------|
| 自付费用 | \$0 |
| 共同支付 | \$200 |
| 共同保险 | \$0 |

[不能报销的项目](#)

| | |
|-------|-----|
| 限制或排除 | \$0 |
|-------|-----|

| | |
|--------------------|--------------|
| Mia 总共支付的费用 | \$200 |
|--------------------|--------------|

[计划](#)将负责这些示例保险服务的其他费用。