

福利和承保範圍摘要：本計劃的承保項目以及您需為承保服務支付的費用

承保對象：個人 | 計劃類型：健康維持組織 (HMO)



本福利和承保範圍摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 為您說明了您和計劃將如何分攤承保醫療保健服務的費用。註：有關本計劃的費用 (稱為保費) 資訊將另行提供。本文件僅為摘要。如欲瞭解有關承保範圍的進一步資訊，或欲取得一份完整的保險條款，請致電 1-844-854-7272 或瀏覽我們的網站 [lacare.org](http://lacare.org)。如欲瞭解常見詞彙的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險金、共付額、自付額、醫療服務提供者或其他以底線標示的詞彙，請參閱詞彙表。您可在 [www.healthcare.gov/sbc-glossary.com](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary.com) 查看詞彙表，或致電 1-844-854-7272 以索取副本。

重要問題	答案	此問題的重要性：
總自付額是多少？	\$0	請查看後文的常見醫療事件表，以瞭解您需為本計劃的承保服務支付多少費用。
是否有服務在您達到自付額之前便屬於承保範圍？	否	您將需先達到自付額，計劃才會給付任何服務。
特定服務是否還有其他自付額？	否	您不需要為特定服務支付自付額。
本計劃的自付上限是多少？	\$1,000	自付上限是您在一年內可能需為承保服務支付的費用上限。
哪些費用不能計入自付上限中？	保費、差額收費以及本計劃不承保的醫療保健服務。	即使您支付這些費用，這些費用將無法計入自付上限中。
如果您使用網絡醫療服務提供者，您需支付的費用是否會較少？	是。如需合約醫療服務提供者的清單，請瀏覽 <a href="http://lacare.org">lacare.org</a> 或致電 1-844.854.7272	本計劃使用醫療服務提供者網絡。如果您使用計劃網絡內的醫療服務提供者，您需支付的費用將較少。如果您使用非參與計劃的醫療服務提供者，您需支付的費用將最高，且您可能還會收到醫療服務提供者的帳單，收取醫療服務提供者收費金額與您計劃給付金額之間的差額 (差額收費)。請注意，參與計劃的醫療服務提供者可能會使用非參與計劃的醫療服務提供者來提供某些服務 (例如化驗)。在接受服務之前，請先向醫療服務提供者確認。
您是否需要經由轉診才能接受專科醫生看診？	是	本計劃將會給付專科醫生看診提供承保服務的部分或所有費用，但前提是您必須在接受專科醫生看診之前獲得轉診。
本計劃是否有不承保的服	是	本計劃不承保的一些服務列在第 5 頁。請參閱您的保單或計劃文件，

福利和承保範圍摘要：本計劃的承保項目以及您需為承保服務支付的費用

承保對象：個人 | 計劃類型：健康維持組織 (HMO)

重要問題	答案	此問題的重要性：
務？		以瞭解有關除外服務的其他資訊。
<p><b>!</b> 本表格所列的所有<b>共付額</b>和<b>共同保險金</b>費用僅適用於您已達到<b>自付額</b>的情況（如果<b>自付額</b>適用）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>計劃為承保服務給付的金額是以<b>允許額</b>為依據。如果網絡外<b>服務提供者</b>的收費超過<b>允許額</b>，您可能必須支付差額。例如，如果網絡外醫院就住院一晚收取 \$1,500 的費用，而<b>允許額</b>是 \$1,000，您可能必須支付 \$500 的差額。（這稱為<b>差額收費</b>。）在某些情況下，非計劃醫療服務提供者可能會在您獲得授權接受護理服務的網絡內機構提供承保服務。若您在我們授權您接受護理服務的計劃機構或網絡內機構接受承保服務，您將無需負擔超過分攤費用的任何金額。</li> <li>本計劃規定您必須使用網絡內<b>醫療服務提供者</b>，但經本計劃授權的情形不在此限。</li> </ul>		

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您需支付的費用將最少)	網絡外服務提供者 (您需支付的費用將最多)	
如果您前往 <b>醫療保健服務提供者</b> 的診室或診所就診	治療傷勢或疾病的基本保健看診	每次就診 <b>共付額</b> \$5	不予承保	無
	<b>專科醫生</b> 看診	每次就診 <b>共付額</b> \$2	不予承保	需要經由基本保健醫生轉診。如未經由轉診，會員將需自行支付服務費用。*
	其他醫療執業人員的診所就診	不予承保	不予承保	無
	<b>預防性護理</b> / <b>篩檢</b> / 免疫接種	每次就診 <b>共付額</b> \$5	不予承保	無
如果您需要接受檢查	<b>診斷檢測</b> (X光造影、驗血)	每項檢測 \$0	不予承保	無
	造影 (電腦斷層 [Computed Tomography, CT] / 正子斷層 [Positron Emission	每項檢測 \$0	不予承保	無

\* 如需有關限制與例外情況的進一步資訊，請參閱**計劃**或保單文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。



# 居家支援性服務從業人員的 PASC-SEIU 居家保健從業人員健康計劃

保險期限：2022 年至 2023 年

福利和承保範圍摘要：本計劃的承保項目以及您需為承保服務支付的費用

承保對象：個人 | 計劃類型：健康維持組織 (HMO)

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 ( 您需支付的費用將 最少 )	網絡外服務提供者 ( 您需支付的費用將 最多 )	
	Tomography, PET] 掃描、核 磁共振造影 [Magnetic Resonance Imaging, MRI )			
如果您需要使用藥物 來治療疾病或病症 有關處方藥承保範圍 的進一步資訊，請瀏 覽 <a href="https://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services">https://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services</a>	保險內處方集學名藥	每份處方 \$5	不予承保	最多承保 30 天藥量。慢性疾病藥物 最多承保 90 天藥量。除外項目適 用，請參閱您的保單或計劃文件， 以瞭解有關除外服務的其他資訊。*
	保險內處方集品牌藥	每份處方 \$5	不予承保	最多承保 30 天藥量。除外項目適 用，請參閱您的保單或計劃文件， 以瞭解有關除外服務的其他資訊。*
	非保險內處方集藥物	每份處方 \$5	不予承保	如獲得授權，即屬於承保範圍。除 外項目適用，請參閱您的保單或計 劃文件，以瞭解有關除外服務的其他 資訊。*
如果您需要接受門診 手術	機構費用 ( 例如：門診手 術中心 )	<u>共付額</u> \$0	不予承保	除外項目適用，請參閱您的保單或 計劃文件，以瞭解有關除外服務 的其他資訊。*
	醫師 / 外科醫師費用	<u>共付額</u> \$0	不予承保	除外項目適用，請參閱您的保單或 計劃文件，以瞭解有關除外服務 的其他資訊。*
如果您需要立即就醫	<u>急診室服務</u>	<u>共付額</u> \$35	<u>共付額</u> \$35	如住院則免付該費用。

\* 如需有關限制與例外情況的進一步資訊，請參閱計劃或保單文件，網址為 [lacare.org](https://www.lacare.org)。

福利和承保範圍摘要：本計劃的承保項目以及您需為承保服務支付的費用

承保對象：個人 | 計劃類型：健康維持組織 (HMO)

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您需支付的費用將最少)	網絡外服務提供者 (您需支付的費用將最多)	
	<a href="#">急診醫療運輸</a>	<a href="#">共付額</a> \$0	<a href="#">共付額</a> \$0	飛機、客車、計程車或其他形式的大眾交通運輸服務不屬於承保範圍。
	<a href="#">緊急護理</a>	<a href="#">共付額</a> \$5	<a href="#">共付額</a> \$5	網絡外服務只有在洛杉磯縣外才屬於承保範圍。
如果您需要住院	機構費用 (例如：醫院病房)	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	
	醫師 / 外科醫師費用	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	
如果您需要心理健康、行為健康或物質濫用服務	門診服務	<a href="#">共付額</a> \$5	不予承保	心理測驗需取得預先授權。
	在機構提供的門診服務	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	某些服務需取得預先授權。*
	住院服務	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	需取得預先授權。*
如果您懷孕了	診所就診	<a href="#">共付額</a> \$5	不予承保	
	生產 / 分娩專業服務	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	
	生產 / 分娩機構服務	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	
如果您需要協助康復或有其他特殊的健康需求	<a href="#">居家醫療保健</a>	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	具有醫療必要性的專業護理。看護服務不屬於承保範圍。*
	<a href="#">復健服務</a>	<a href="#">共付額</a> \$5	不予承保	包括門診物理治療、職業治療、言語治療及呼吸療法。*

\* 如需有關限制與例外情況的進一步資訊，請參閱[計劃](#)或保單文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。

福利和承保範圍摘要：本計劃的承保項目以及您需為承保服務支付的費用

承保對象：個人 | 計劃類型：健康維持組織 (HMO)

常見醫療事件	您可能需要的服務	您需支付的費用		限制、例外情況及其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您需支付的費用將最少)	網絡外服務提供者 (您需支付的費用將最多)	
	<a href="#">康復服務</a>	不予承保	不予承保	不予承保
	<a href="#">專業護理</a>	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	福利以每個福利年度 100 天為上限。*
	<a href="#">耐用醫療設備</a>	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	具有醫療必要性的家用設備。
	<a href="#">臨終關懷服務</a>	<a href="#">共付額</a> \$0	不予承保	限確診患有絕症且預期壽命只剩 12 個月以下的人士。
如果您的孩子需要牙科或眼科保健	兒童眼睛檢查	不予承保	不予承保	不予承保
	兒童眼鏡	不予承保	不予承保	不予承保
	兒童牙齒檢查	不予承保	不予承保	不予承保

### 除外服務及其他承保服務：

您**計劃**一般不承保的服務 (請查看您的保單或**計劃**文件，以瞭解進一步資訊以及任何其他**除外服務**的清單。)

- |          |                                   |                      |
|----------|-----------------------------------|----------------------|
| • 針灸     | • 助聽器                             | • 私人看護               |
| • 脊椎矯正護理 | • 不孕症治療 (除非是針對醫療病症所提供之具有醫療必要性的服務) | • 例行牙科保健 (除非具有醫療必要性) |
| • 整容手術   | • 長期護理                            | • 例行眼科保健             |
| • 康復服務   |                                   | • 例行足部護理             |

**您的續保權利：**如果您想在保險終止後繼續獲得承保，有一些機構可以提供協助。這些機構的聯絡資訊如下：[insert State, HHS, DOL, and/or

\* 如需有關限制與例外情況的進一步資訊，請參閱**計劃**或保單文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。



## 居家支援性服務從業人員的

## PASC-SEIU 居家保健從業人員健康計劃

保險期限：2022 年至 2023 年

**福利和承保範圍摘要：**本計劃的承保項目以及您需為承保服務支付的費用

**承保對象：**個人 | **計劃類型：**健康維持組織 (HMO)

other applicable agency contact information]。您可能還有其他保險選項，包括透過[醫療保險交易市場](#)購買個人保險承保。如需有關[交易市場](#)的進一步資訊，請瀏覽 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致電 1-800-318-2596。

**您的申訴與上訴權利：**如果您想針對[計劃](#)拒絕您[索賠](#)一事提出投訴，有一些機構可以協助您。此類投訴稱為[申訴](#)或[上訴](#)。如欲瞭解與您權利有關的進一步資訊，請查看您就該醫療[索賠](#)將會收到的福利說明。您的[計劃](#)文件也有提供完整資訊，說明如何基於任何理由向您的[計劃](#)提出索賠、上訴或申訴。如需與您的權利、本通知或協助有關的進一步資訊，請聯絡：[insert applicable contact information from instructions]。

### 本計劃是否提供最低基本保險？是

[最低基本保險](#)通常包括可透過[交易市場](#)取得的[計劃](#)、[醫療保險](#)，或是其他私人保險公司保單、Medicare、Medicaid、兒童醫療保險計劃 (Children's Health Insurance Program, CHIP)、TRICARE 及其他某些保險。如果您符合特定類型[最低基本保險](#)的條件，則您可能不符合[保費稅務優惠](#)的條件。

### 本計劃是否符合最低價值標準？是

如果您的[計劃](#)不符合[最低價值標準](#)，則您可能符合[保費稅務優惠](#)的條件，以協助您支付透過[交易市場](#)所獲得的計劃費用。

### 語言協助服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-844-854-7272**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-844-854-7272**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-844-854-7272**。

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-844-854-7272**.

**如欲瞭解本計劃可能會如何為範例中的醫療狀況承保費用，請查看下一節。**





居家支援性服務從業人員的

PASC-SEIU 居家保健從業人員健康計劃

保險期限：2022 年至 2023 年

福利和承保範圍摘要：本計劃的承保項目以及您需為承保服務支付的費用

承保對象：個人 | 計劃類型：健康維持組織 (HMO)

**書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act, PRA) 披露聲明：**根據 1995 年書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act of 1995) 的規定，除非文件上載有有效的預算管理局 (Office of Management and Budget, OMB) 管制編號，否則任何人皆無需對資訊蒐集的請求作出回覆。本資訊蒐集的有效 OMB 管制編號為 **0938-1146**。完成本資訊蒐集的所需時間預估為每次回覆平均 **0.08** 小時，其中包括檢視說明、搜尋現有資料來源、蒐集所需資料以及完成並檢查資訊蒐集的時間。如果您對上述預估時間的準確性有意見或是您有改善此表格的建議，請寫信至 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

關於這些承保範例：



**這並非費用估算表。**顯示的治療僅為本計劃可能會承保醫療護理的範例。視您所接受的實際護理服務、醫療服務提供者的收費價格以及其他許多因素，您的實際費用將會有所不同。請專注於本計劃的分攤費用金額（自付額、共付額和共同保險金）及除外服務。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，這些承保範例是以只有本人參保的情況為依據。

**Peg 懷孕了**  
(9 個月的網絡內產前護理和醫院分娩)

- [計劃](#)的總自付額 \$
- [專科醫生](#) [分攤費用] \$
- 醫院 (機構) [分攤費用] %
- 其他 [分攤費用] %

此範例事件包含諸如以下服務：

- [專科醫生](#)診所就診 (產前護理)
- 生產 / 分娩專業服務
- 生產 / 分娩機構服務
- [診斷檢測](#) (超音波及驗血)
- [專科醫生](#)看診 (麻醉)

範例費用總金額	\$12,700
---------	----------

在此範例中，Peg 將需支付：

分攤費用	
<a href="#">自付額</a>	\$0
<a href="#">共付額</a>	\$50
<a href="#">共同保險金</a>	\$0
不承保的項目	

範例費用總金額	\$12,700
限制或除外項目	\$60
<b>Peg 將支付的總金額為</b>	<b>\$110</b>

**管理 Joe 的第 2 型糖尿病**  
(針對控制良好的病症提供一年的網絡內例行護理)

- [計劃](#)的總自付額 \$
- [專科醫生](#) [分攤費用] \$
- 醫院 (機構) [分攤費用] %
- 其他 [分攤費用] %

此範例事件包含諸如以下服務：

- [基本保健醫生](#)診所就診 (包括疾病衛教)
- [診斷檢測](#) (驗血)
- [處方藥](#)
- [耐用醫療設備](#) (血糖測量儀)

範例費用總金額	\$5,600
---------	---------

在此範例中，Joe 將需支付：

分攤費用	
<a href="#">自付額</a>	\$0
<a href="#">共付額</a>	\$290

範例費用總金額	\$5,600
<a href="#">共同保險金</a>	\$0
不承保的項目	
限制或除外項目	\$815
<b>Joe 將支付的總金額為</b>	<b>\$1,105</b>

**Mia 的簡單骨折**  
(網絡內急診室就診和追蹤護理)

- [計劃](#)的總自付額 \$
- [專科醫生](#) [分攤費用] \$
- 醫院 (機構) [分攤費用] %
- 其他 [分攤費用] %

此範例事件包含諸如以下服務：

- [急診室護理](#) (包括醫療用品)
- [診斷檢測](#) (X光造影)
- [耐用醫療設備](#) (拐杖)
- [復健服務](#) (物理治療)

範例費用總金額	\$2,800
---------	---------

在此範例中，Mia 將需支付：

分攤費用	
------	--



範例費用總金額	\$2,800
<u>自付額</u>	\$0
<u>共付額</u>	\$70

範例費用總金額	\$2,800
<u>共同保險金</u>	\$0
不承保的項目	

範例費用總金額	\$2,800
限制或除外項目	\$0
<b>Mia 將支付的總金額為</b>	<b>\$70</b>

本計劃將會負責支付這些範例中承保服務的其他費用。