




福利及承保范围概览 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 文件将帮助您选择健保计划。SBC 向您说明您及计划要如何分摊承保健康护理服务的费用。备注：有关本计划费用（称为保费）的信息将另外提供。此文件仅为概览。如需有关您承保的更多信息或要获取承保的完整条款，请致电 1-866-314-0335 或浏览 welcometouhc.com。有关通用术语的一般定义，例如准许金额、余额收款账单、共同保险、定额手续费、自付扣除金、医疗护理提供者或其它划线的术语，请参阅词汇表。您可以在 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 查看词汇表或致电 1-866-487-2365 索取一份。

重要问题	答案	为什么这很重要：
什么是总体自付扣除金？	网络：\$2,000 个人 / \$4,000 家庭 网络外：\$6,000 个人 / \$12,000 家庭 每保单年度。	一般来说，您必须先支付医疗护理提供者的所有费用，等达到自付扣除金后，本计划才会开始付款。如果您还有其他家人参加本计划，则必须达到整个家庭的自付扣除金之后，本计划才会开始付款。
在您达到您的自付扣除金规定前，是否有服务属于承保范围？	是。预防保健服务在您达到自付扣除金之前已获承保。	即使您还没有达到年度自付扣除金的金额，本计划都会承保某些用品及服务。但可能会有定额手续费或共同保险。 例如，在您达到您的自付扣除金规定前，本计划会承保特定的预防护理服务，没有分摊费用。请在以下网站查看承保预防服务的清单： www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
是否有特定服务有其它自付扣除金规定？	否。	您不需要达到特定服务的自付扣除金。
本计划的自付费用上限是多少？	网络：\$4,000 个人 / \$8,000 家庭 网络外：\$12,000 个人 / \$24,000 家庭 每保单年度。	自费用上限是您在一年内可能要为承保服务支付的最高金额。如果您还有其他家人参与此计划，则必须达到整个家庭的自费用上限
自费用上限不包括哪些项目？	保费、余额收款账单费用、本计划不承保的健康护理、未获取事先授权即取得服务而被收取的罚款。	即使您支付这些费用，这些费用也不会列入到自费用上限。
如果您使用网络医疗护理提供者，您是否将支付较少的费用？	是。请浏览 www.myuhc.com 或致电 1-866-314-0335，查询网络医疗护理提供者的名单。	本计划使用医疗护理提供者网络。如果您使用在计划网络中的医疗护理提供者，您将支付较少的费用。如果您使用网络外医疗护理提供者，您将支付最多的费用，并且可能收到医疗护理提供者针对医疗护理提供者的收费及您的计划支付金额两者间的差额向您开立的账单（余额收款账单）。请注意，您的网络医疗护理提供者可能使用网络外医疗护理提供者来提供某些服务（例如化验）。获取服务前请先向您的医疗护理提供者查询。
您是否需要转介才能向专科医生求诊？	否。	您可以向您选择的专科医生求诊，不需要转介。

 本表格列出的所有定额手续费及共同保险都是您已经达到自付扣除金规定后的费用（如果自付扣除金适用的话）。

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的金额		限制、例外处理及其它重要信息
		网络医疗护理提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗护理提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您到健康护理提供者的诊间或诊所	基层护理门诊治疗 伤害或疾病	共同保险 20%	共同保险 40%	网络看诊 - 20% 共同保险由指定的在线网络医疗护理提供者进行。无网络外在线看诊承保。 诊所门诊分摊费用适用于任何其他远距保健服务医疗护理提供者类型。
	专科医生门诊	共同保险 20%	共同保险 40%	无
	预防护理/筛检/ 免疫接种	不收取费用	共同保险 40%	您可能必须为不属于预防护理的服务支付费用。请向您的医疗护理提供者咨询所需的服务是否为预防护理服务。然后确认您的计划将会支付哪些费用。
如果您做测试	诊断性测试 (X 光、 验血)	共同保险 20%	共同保险 40%	对于某些服务，网络外需要事先授权。
	成像 (电脑断层扫描 (CT)/正电子发射断层扫描 (PET)、核磁共振成像 (MRI))	共同保险 20%	共同保险 40%	网络外需要事先授权。

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的金额		限制、例外处理及其它重要信息
		网络医疗护理提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗护理提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您需要药物来治疗您的疾病或病况 更多有关处方配药承保的信息可浏览网站 welcometouhc.com	第 1 层次 - 您的最低费用选项	零售: <u>定额手续费</u> \$15 邮购: <u>定额手续费</u> \$30	零售: <u>定额手续费</u> \$15	在这个部份中, <u>医疗护理提供者</u> 是指药房。 零售: 以 31 天药量为限。 邮购: 最多 90 天药量或优先 90 天零售网络药房。 您可能必须从我们指定的药房领取特定药物, 包括特定 <u>专科药物</u> 。特定药物可能有事先授权规定, 或可能导致费用更高。如果您使用 <u>网络外药房</u> (包括邮购药房), 您可能要负责支付超出 <u>准许金额</u> 的任何金额。 特定预防护理药物 (包括特定避孕药) 免费承保。 请浏览所列的网站, 查询有关您的计划承保药物的信息。并非所有药物都属于承保范围。您可能必须先使用较低价的药物, 之后才能获得您的保单提供特定处方配药的福利。 如果配发的药物具有较低层次的化学等效药物, 则除了任何适用的 <u>定额手续费</u> 和/或 <u>共同保险</u> 之外, 也可能适用药物之间的费用差异。处方药费用按年度自付扣除金计算。网络自付扣除金将被应用到 <u>网络外医疗护理提供者</u> 并适用于 <u>网络自付费用限额</u> 。
	第 2 层次 - 您的中层费用选项	零售: <u>定额手续费</u> \$35 邮购: <u>定额手续费</u> \$70	零售: <u>定额手续费</u> \$35	
	第 3 层次 - 您的中层费用选项	零售: <u>定额手续费</u> \$75 邮购: <u>定额手续费</u> \$150	零售: <u>定额手续费</u> \$75	
	第 4 层次 - 您的最高费用选项	不适用	不适用	
如果您接受门诊外科手术	设施费用 (例如, 门诊外科手术中心)	<u>共同保险</u> 20%	<u>共同保险</u> 40%	对于某些服务, <u>网络外</u> 需要事先授权。
	医生/外科医生费用	<u>共同保险</u> 20%	<u>共同保险</u> 40%	无

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的金额		限制、例外处理及其它重要信息
		网络医疗护理提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗护理提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您需要立即医治	急诊室护理	共同保险 20%	*共同保险 20%	*网络自付扣除金适用。
	紧急状况医疗运输	共同保险 20%	*共同保险 20%	*网络自付扣除金适用。
	紧急护理	共同保险 20%	共同保险 40%	无
如果您住院	设施费用 (例如, 医院病房)	共同保险 20%	共同保险 40%	网络外需要事先授权。
	医生/外科医生费用	共同保险 20%	共同保险 40%	无
如果您需要精神健康、行为健康或物质滥用治疗服务	门诊服务	共同保险 20%	共同保险 40%	网络部分住院/密集门诊治疗: 共同保险 20% 对于某些服务, 网络外需要事先授权。
	住院服务	共同保险 20%	共同保险 40%	网络外需要事先授权。
如果您怀孕	诊所门诊	不收取费用	共同保险 40%	分摊费用不适用于预防护理服务。
	生产/分娩专业服务	共同保险 20%	共同保险 40%	视服务的类型而定, 定额手续费、共同保险或自付扣除金可能适用。产妇护理可能包括福利及承保范围概览中其它地方说明的测试及服务 (即超声波)。
	生产/分娩设施服务	共同保险 20%	共同保险 40%	如果住院时间超过 48 小时 (剖腹产: 96 小时), 住院患者事先授权适用于网络外。

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的金额		限制、例外处理及其它重要信息
		网络医疗护理提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗护理提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您需要帮助复原或有其它特殊健康需求	家庭健康护理	共同保险 20%	共同保险 40%	每保单年度限 40 次就诊。 <u>网络外需要事先授权。</u>
	复健服务	共同保险 20%	共同保险 40%	每保单年度上限：职能、言语、肺部治疗：各 20 次就诊；心脏治疗：36 次就诊；身体检查：30 次就诊。对于某些服务， <u>网络外需要事先授权。</u>
	创建服务	共同保险 20%	共同保险 40%	根据相关规定提供的服务和限制与上列复健服务合并计算。对于某些服务， <u>网络外需要事先授权。</u>
	专业护理	共同保险 20%	共同保险 40%	每保单年度限 60 天（与住院复健服务合并计算）。 <u>网络外需要事先授权。</u>
	耐用医疗器材	共同保险 20%	共同保险 40%	对于超过 \$1,000 的耐用医疗器材 (DME)， <u>网络外需要事先授权。</u>
	善终护理服务	共同保险 20%	共同保险 40%	在进入临终关怀机构住院之前， <u>网络外需要事先授权。</u>
如果您的子女需要牙科护理或眼睛护理	子女的眼睛检查	不属于承保范围	不属于承保范围	子女的眼睛检查不属于承保范围。
	子女的眼镜	不属于承保范围	不属于承保范围	子女的眼镜不属于承保范围。
	子女的牙科检查	不属于承保范围	不属于承保范围	子女的牙科检查不属于承保范围。

不予承保的服务及其它承保服务：

您的计划通常不承保的服务(请查阅您的保单或计划文件, 获取更多信息及任何其它不予承保服务的清单。)

- 整容外科手术
- 牙科护理
- 眼镜
- 长期护理
- 在美国境外旅行时的非急诊护理
- 例行眼睛护理
- 例行足部护理 - 除非因糖尿病而属于承保范围
- 减重方案

其它承保服务(限制规定可能适用于这些服务。这不是完整的清单。请参阅您的计划文件。)

- 针灸护理
- 减重外科手术 - 每次终身最高限额为 \$35,000
- 脊椎护理(推拿护理) - 每保单年度 30 次就诊
- 助听器 - 每 3 年 \$2,500
- 不孕不育治疗 - 每次终身最高限额为 \$30,000
- 私人看护 - 每保单年度 25 天, 仅限门诊

您的续保权利：如果您想在承保结束后持续您的承保, 有些机构可以提供帮助。这些机构的联系信息是：美国劳工部员工福利安全局, 电话 1-866-444-3272 或 www.dol.gov/ebsa, 或美国健康及人类服务部, 电话 1-877-267-2323, 转 61565 或 www.cciio.cms.gov。您可能还有其它承保选项, 包括通过健康保险 Marketplace 购买的个人保险承保。如需更多有关 Marketplace 的信息, 请浏览 www.HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596。

您的申诉及上诉权利：如果您想对您的计划拒绝请款的决定提出投诉, 有些机构可以提供帮助。这种投诉称为申诉或上诉。如需更多有关您的权利的信息, 请查看您收到的医疗请款福利解说。您的计划文件也提供了有关如何因任何理由向您的计划提交请款、上诉或申诉的完整信息。如需更多有关您的权利、本通知或协助的信息, 请联系会员卡背面列出的会员服务部电话号码或访问网站 myuhc.com 或联系员工福利安全局, 电话 1-866-444-3272 或网站 dol.gov/ebsa/healthreform。

此外, 消费者援助计划可以帮助您提出上诉。请联系 dol.gov/ebsa/healthreform。

本计划是否提供最低基本承保? 是

最低基本承保通常包括通过 Marketplace 获取的计划、健康保险, 或其它个人市场保单、联邦医疗保险 (Medicare)、医疗补助 (Medicaid)、儿童健康保险计划 (CHIP)、军人医疗保险计划 (TRICARE) 以及特定的其它承保。如果您符合资格可获得特定类型的最低基本承保, 您也许便不符合保费免税额的资格。

本计划是否符合最低价值标准? 是

如果您的计划不符合最低价值标准, 您可能符合保费免税额的资格, 帮助您支付通过 Marketplace 获取的计划之费用。

语言获取服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-314-0335.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-314-0335.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-314-0335.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-314-0335 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-314-0335.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-314-0335.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-314-0335.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, a'gang 1-866-314-0335.

如欲了解本计划可能如何为范例医疗情况承保费用, 请参阅下一节。

关于这些承保范例：



这不是费用估算工具。列出的治疗只是举例说明本计划可能承保医疗护理的方式。您的实际费用将有所不同，视您接受的实际护理、您的医疗护理提供者收费及许多其它因素而定。专注于分摊费用金额（自付扣除金、定额手续费及共同保险）及本计划的不予承保服务。请使用这些信息与您使用不同的健保计划可能要支付的费用部份进行比较。请注意，这些承保范例都以限本人的承保为依据。

Peg 即将生小孩
(9 个月的网络内产前护理及医院生产)

计划的总体自付扣除金	\$2,000
专科医生定额手续费	20%
医院（设施）共同保险	20%
其它共同保险	20%

这个事件范例包括下列服务：
 专科医生诊所门诊（产前护理）
 生产/分娩专业服务
 生产/分娩设施服务
 诊断性测试（超声波及验血）
 专科医生看诊（麻醉）

范例总费用	\$12,700
在本范例中，Peg 要支付：	
<i>分摊费用</i>	
自付扣除金	\$2,000
定额手续费	\$10
共同保险	\$1,800
<i>不承保的项目</i>	
限制或不予承保	\$60
Peg 要支付的总费用是	\$3,870

管控 Joe 的 2 型糖尿病
(针对控制良好的病况提供一年的例行网络内护理)

计划的总体自付扣除金	\$2,000
专科医生定额手续费	20%
医院（设施）共同保险	20%
其它共同保险	20%

这个事件范例包括下列服务：
 基层护理诊所门诊（包括疾病教育）
 诊断性测试（验血）
 处方配药
 耐用医疗器材（血糖仪）

范例总费用	\$5,600
在本范例中，Joe 要支付：	
<i>分摊费用</i>	
自付扣除金	\$2,000
定额手续费	\$700
共同保险	\$90
<i>不承保的项目</i>	
限制或不予承保	\$0
Joe 将支付的总费用为	\$2,790

Mia 的单纯性骨折
(网络内急诊室就诊及追踪护理)

计划的总体自付扣除金	\$2,000
专科医生定额手续费	20%
医院（设施）共同保险	20%
其它共同保险	20%

这个事件范例包括下列服务：
 急诊室护理（包括医疗用品）
 诊断性测试（X光）
 耐用医疗器材（拐杖）
 复健服务（物理治疗）

范例总费用	\$2,800
在本范例中，Mia 要支付：	
<i>分摊费用</i>	
自付扣除金	\$2,000
定额手续费	\$0
共同保险	\$200
<i>不承保的项目</i>	
限制或不予承保	\$0
Mia 将支付的总费用为	\$2,200

我们不因性别、年龄、种族、肤色、残疾或原国籍而向会员进行区别对待。

如果您认为自己因性别、年龄、种族、肤色、残疾或原国籍而遭受不公平对待，您可以向民权协调员投诉。

网上: UHC_Civil_Rights@uhc.com

邮寄: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

您必须在发现受到不公平对待后 60 天内寄出投诉信。会在 30 天内寄给您决定结果。如果您不同意决定结果，您可以在 15 天内要求我们重新进行审查。如果您需要投诉方面的帮助，请拨打本福利及承保概览 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 所列的会员服务免费电话号码，听力语言残障服务专线 (TTY) 711, 周一至周五上午 8 时至晚上 8 时提供服务。

您也可以向美国健康及人类服务部提出投诉。

网上: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

可以在这里下载投诉表格: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

电话: 免付电话 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

邮寄: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

我们提供免费服务，协助您与我们沟通。例如其它语言版本或大字体信函。或者，您可以要求口译员服务。如欲要求协助，请致电本福利及承保概览内附的电话号码，听力语言残障服务专线 (TTY) 711, 周一至周五上午 8 时至晚上 8 时提供服务。

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (**Hindi**) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawm Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).