



此表僅為摘要。如果您需要關於承保範圍和費用的更多詳細資訊，可在 Affinityplan.org 點選 **Essential Plan** 瀏覽福利一覽表中或透過致電 866.247.5678 瞭解完整條款。

重要問題	回答	這為何很重要：
總自付額是多少？	\$0	Affinity Essential Plan 沒有任何自付額。
我的支出是否有自付費用限額？	是的。 \$200	自付費用限額是您在保單期限內（通常為一年）為承保服務費用份額所支付的最高金額。此限額幫助您規劃健康照護費用。
自付費用限額不包括什麼？	保費和本計劃不承保的醫療保健服務。	即便您支付這些費用，這些費用也不會計入您的自付費用限額中。
計劃支付的費用是否有年度總限額？	否。	請參閱保險合約中的福利一覽表以瞭解各項服務限制。
本計劃是否使用醫療服務提供者網絡？	是的。如需首選提供者之清單，請瀏覽 http://providerlookup.affinityplan.org 或致電 866.247.5678。	如果您使用網絡內醫生或其他醫療服務提供者，本計劃將支付承保服務的部分或全部費用。請注意，您的網絡內醫生或醫院可能使用網絡外醫療服務提供者提供某些服務。各計劃使用術語「網絡內」、「 <u>首選</u> 」或「計劃內」指稱其網絡內的醫療服務提供者。本計劃僅承保緊急情況網絡外服務。
我是否需要轉介才能去看專科醫生？	否。	本計劃將支付承保服務中向專科醫生就診的部分或全部費用，但前提是您在向專科醫生就診前取得了本計劃的許可。
是否有本計劃不承保的服務？	是的。	本計劃不承保的一些服務載列於第 6 頁。請參閱您的福利一覽表以瞭解關於不承保服務的其他資訊。



- 共付額是您為承保的醫療服務支付的固定金額（如\$15），通常是在您接受服務時支付。
- 共同保險是您應承擔的承保服務費用，按該服務的允許金額的一定比例計算。例如，如果計劃針對醫院過夜的允許金額為\$1,000，則您20%的共同保險費用為\$200。
- 計劃為承保服務支付的金額基於允許金額。如果網絡外醫療服務提供者的收費超過允許金額，您可能必須支付差額。例如，如果網絡外醫院的過夜費用為\$1,500，而允許金額為\$1,000，您可能必須支付\$500的差額。（這稱作差額或剩餘費用。）
- 本計劃透過收取較低的共付額和共同保險金額鼓勵您使用網絡內醫療服務提供者。

常見醫療事件	您可能需要的服務	使用網絡內醫療服務提供者的費用	使用網絡外醫療服務提供者的費用	限制和例外處理
如果您到醫療服務提供者的診室或診所就診	看主治醫生以治療損傷或疾病	\$0 的共付額	不承保	無
	專科醫生就診	\$0 的共付額	不承保	無
	其他開業醫生診所就診	\$0 的共付額	不承保	無
	預防保健/篩檢/免疫接種	全額承保	不承保	無
如果您進行測試	診斷測試（x 光、驗血）	\$0 的共付額	不承保	無
	影像拍攝 （CT/PET 掃描、MRI）	\$0 的共付額	不承保	無

若有問題：請致電 866.247.5678 或瀏覽我們的網站 www.affinityplan.org.

如果您不清楚本表格中使用的任何加下劃線的術語，請致電 866.247.5678 索要一份術語表。

Affinity Health Plan: Essential Plan 2

福利摘要和承保範圍：本計劃的承保範圍及其費用

承保期限：2018 年 1 月 1 日 - 2018 年 12 月 31 日

承保對象：個人 | 計劃類型：HMO

常見醫療事件	您可能需要的服務	使用網絡內醫療服務提供者的費用	使用網絡外醫療服務提供者的費用	限制和例外處理
如果您需要治療疾病或病症的藥物 關於處方藥承保的更多資訊可在 www.affinityplan.org 上找到	副牌藥	\$1 的共付額（零售） \$2.50 的共付額（郵購）	不承保	零售處方藥最多承保 30 天的份量；郵購承保 31-90 天的份量
	首選品牌藥	\$3 的共付額（零售） \$7.50 的共付額（郵購）	不承保	請參閱完整福利一覽表以瞭解有關特殊藥物的資訊。
	非首選品牌藥	\$3.00 的共付額（零售） \$7.50 的共付額（郵購）	不承保	
如果您接受門診手術	機構費用（如門診手術中心）	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。 任何涉及移植的手術必須在指定機構進行。
	診所手術	\$0 的共付額	不承保	
	醫生/外科醫生費用	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。
如果您需要立即就醫	急診室服務	\$0 的共付額	\$0 的共付額	無
	急救醫療載送	\$0 的共付額	\$0 的共付額	無
	緊急護理	\$0 的共付額	\$0 的共付額	無

若有問題：請致電 866.247.5678 或瀏覽我們的網站 www.affinityplan.org。

如果您不清楚本表格中使用的任何加下劃線的術語，請致電 866.247.5678 索要一份術語表。

Affinity Health Plan: Essential Plan 2

福利摘要和承保範圍：本計劃的承保範圍及其費用

承保期限：2018 年 1 月 1 日 - 2018 年 12 月 31 日

承保對象：個人 | 計劃類型：HMO

常見醫療事件	您可能需要的服務	使用網絡內醫療服務提供者的費用	使用網絡外醫療服務提供者的費用	限制和例外處理
如果您住院	機構費用（如醫院病房）	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。 任何涉及移植的手術必須在指定機構進行。
	醫生/外科醫生費用	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。
如果您有精神健康、行為健康或藥物濫用需求	精神/行為健康門診服務	\$0 的共付額	不承保	需要事先授權。
	精神/行為健康住院服務	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。 但是，急診住院不需要事先授權。
	藥物濫用門診服務	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。
	藥物濫用住院服務	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。 但是，急診住院不需要事先授權。
如果您懷孕	產前和產後護理	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權
	分娩和所有住院服務	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。如果母親提前出院，承保限制為 1 次居家護理就診，無分攤費用。

若有問題：請致電 866.247.5678 或瀏覽我們的網站 www.affinityplan.org。

如果您不清楚本表格中使用的任何加下劃線的術語，請致電 866.247.5678 索要一份術語表。

Affinity Health Plan: Essential Plan 2

福利摘要和承保範圍：本計劃的承保範圍及其費用

承保期限：2018 年 1 月 1 日 - 2018 年 12 月 31 日

承保對象：個人 | 計劃類型：HMO

	您可能需要的服務	使用網絡內醫療服務提供者的費用	使用網絡外醫療服務提供者的費用	限制和例外處理
如果您需要恢復協助或有其他特殊健康需求	居家護理	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。承保限制為每個計劃年度 40 次就診。
	復健服務（門診）	\$0 的共付額	不承保	承保限制為每個計劃年度組合療法 60 天。語言和物理治療僅在住院或手術後承保。需要預先授權。
	康復服務	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。承保限制為每個計劃年度組合療法 60 天。
	專業護理機構服務	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。承保限制為每個計劃年度 200 天。
	耐用醫療設備	\$0 的共付額	不承保	需要預先授權。
	善終服務	\$0 的共付額	不承保	承保限制為每個計劃年度 210 次就診；家庭喪親諮詢 5 次就診。如果從醫院住院部或專業護理機構直接轉入善終機構，則免除每次入住的共付額。

若有問題：請致電 866.247.5678 或瀏覽我們的網站 www.affinityplan.org。

如果您不清楚本表格中使用的任何加下劃線的術語，請致電 866.247.5678 索要一份術語表。

不承保服務和其他承保服務：

您的計劃不承保的服務（此表並非完整的清單。請查看您的保單或計劃文件以瞭解其他不承保服務。）

- 針灸
- 長期護理
- 常規眼部護理
- 整形手術（矯形或重建除外）
- 在美國境外旅行時的非緊急照護
- 常規足部護理
- 牙科護理（成人）
- 私人看護
- 減肥計劃

其他承保服務（此表並非完整的清單。請查看您的保單或計劃文件以瞭解其他承保服務和您為這些服務支付的費用。）

- 脊椎推拿護理
- 減肥手術
- 助聽器
- 不孕症治療

您的申訴和上訴權利：

如果您想要提出投訴，或對計劃拒絕承保感到不滿，您可以提出上訴或申訴。如果對您的權利、本通告有疑問或需要協助，您可以聯絡：Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1776 Eastchester Road, Bronx, NY 10461。電話：888.543.9069 傳真：718.536.3358。

本保險是否提供最低基本保險？

《可負擔健保法案》要求大部分人擁有滿足「最低基本保險」要求的醫療保險。本計劃或保單提供最低基本保險。本

保險是否符合最低價值標準？

《可負擔健保法案》設立了健康計劃福利的最低價值標準。最低價值標準為 60%（實際價值）。本健康保險符合其所提供福利的最低價值標準。

語言獲取服務：

西班牙語(Español)：Para obtener asistencia en Español, llame al 866.247.5678

若有問題：請致電 866.247.5678 或瀏覽我們的網站 www.affinityplan.org。

如果您不清楚本表格中使用的任何加下劃線的術語，請致電 866.247.5678 索要一份術語表。

關於這些保險 範例：

這些範例展示了在特定情況下本計劃如何承保醫療護理。請參考這些範例，以瞭解一般情況下患者在不同計劃的承保下可獲得多少財務保障。



這並非 費用估算器。

請勿使用這些範例來估算您在本計劃項下的實際費用。您接受的實際護理將與這些範例有所不同，費用亦將有所不同。

請參閱下一頁以瞭解關於這些範例的重要資訊。

註：這些範例中的資訊僅基於個人的自付額。

分娩 (正常分娩)

- 醫療服務提供者收取的金額：\$7,540
- 計劃支付\$7,390
- 患者支付\$150

護理費用範例：

醫院費用（母親）	\$2,700
常規產科護理	\$2,100
醫院費用（嬰兒）	\$900
麻醉	\$900
化驗室檢查	\$500
處方藥	\$200
放射科	\$200
疫苗，其他預防服務	\$40
總計	\$7,540

患者支付：

自付額	\$0
共付額	\$0
共同保險	\$0
限制或不承保項目	\$150
總計	\$150

管理第二型糖尿病 (控制良好的疾病的 常規維護)

- 醫療服務提供者收取的金額：\$5,400
- 計劃支付\$5,320
- 患者支付\$80

護理費用範例：

處方藥	\$2,900
醫療設備和用品	\$1,300
診室就診和程序	\$700
教育	\$300
化驗室檢查	\$100
疫苗，其他預防服務	\$100
總計	\$5,400

患者支付：

自付額	\$0
共付額	\$0
共同保險	\$0
限制或不承保項目	\$80
總計	\$80

若有問題：請致電 866.247.5678 或瀏覽我們的網站 www.affinityplan.org.

如果您不清楚本表格中使用的任何加下劃線的術語，請致電 866.247.5678 索要一份術語表。

關於承保範例的問題和解答：

承保範例背後假設了哪些條件？

- 費用不包括保費。
- 護理費用範例基於美國衛生與公眾服務部提供的國家平均值，而並非針對某個特定地理區域或健康計劃。
- 患者的病症並非不承保或既存病症。
- 所有服務和治療在同一承保期限內開始和結束。
- 本計劃承保的任何會員沒有其他醫療支出。
- 自付費用金額僅基於治療範例中的病症。
- 患者在網絡內醫療服務提供者處接受所有護理。如果患者在網絡外醫療服務提供者處接受護理，費用會更高。

承保範例展示的是什麼？

對於每種治療情況，承保範例可幫助您瞭解如何計算自付額、共付額和共同保險。它還可幫助您瞭解哪些支出因為服務或治療不受承保或支付金額有限而需要由您支付。

承保範例是否預測我自己的護理需求？

✖✖ 否。 所示治療只是範例。根據您醫生的建議、您的年齡、疾病的嚴重程度以及許多其他因素，您為此疾病接受的護理可能有所不同。

承保範例是否預測我未來的支出？

✖✖ 否。 承保範例並非費用估算器。您不能使用這些範例來估算實際病症的費用。它們僅用於比較目的。您自己的費用將視您接受的護理、您的醫療服務提供者的收費以及您的健康計劃允許的報銷金額而有所不同。

我是否能使用承保範例對比不同的計劃？

✓✓ 是。 您查看其他計劃的福利摘要和承保範圍時，會發現相同的承保範例。在您對比不同的計劃時，請查看每個範例中的「患者支付」方塊。該數字越小，計劃提供的承保越多。

在對比不同計劃時，是否有我應該考慮的其他費用？

✓✓ 是。 一項重要的費用是您支付的保費。一般來說，您的保費越低，您支付的自付費用越高，如共付額、自付額和共同保險。您還應考慮向各種帳戶供款以幫助您支付自付費用，例如醫療儲蓄帳戶 (HSA)、彈性支出帳戶 (FSA) 或醫療報銷帳戶 (HRA)。

若有問題：請致電 866.247.5678 或瀏覽我們的網站 www.affinityplan.org。

如果您不清楚本表格中使用的任何加下劃線的術語，請致電 866.247.5678 索要一份術語表。