福利和承保範圍摘要（SBC）文件將幫助您選擇健保計劃。SBC 說明您和本計劃將如何分攤承保醫療服務的費用。請注意：本計劃的費用（稱為保費）資訊將另行提供。本文件僅為摘要。請閱讀載有本計劃完整條款的 PSHB 計劃手冊（71-019）。**所有福利均受 PSHB 計劃手冊所列的定義、限制及排除事項約束。**如果您另有 Medicare 等其他保險，福利可能有所不同。如需瞭解允許額、差額收費、共同保險、共付額、自付額、服務提供者或其他加底線的常見術語的一般定義，請參閱術語表。您可造訪 www.apwuhp.com 取得 PSHB 計劃手冊，並在 www.apwuhp.com 查看術語表。您可致電 1-800-222-2798 索取任一文件的副本。如需 PSHB 計劃的詳細資訊，請造訪 https://www.health-benefits.opm.gov。

重要問題	答案		為何重要
總自付額是多少？	**網絡內：** $450/僅本人 $800/本人加一人 $800/本人及全家	**網絡外：** $1,000/僅本人 $2,000/本人加一人 $2,000/本人及全家	通常，在本計劃開始給付之前，您必須自行支付服務提供者的全部費用，直到達到自付額。共付額及共同保險費用不計入您的自付額；自付額通常於每年 1 月 1 日重新計算。當承保服務或用品適用自付額時，只有該服務或用品的計劃允許額才計入自付額。如果本計劃另有其他家庭成員，每位成員必須達到各自的個人自付額，直到所有家庭成員支付的自付額合計達到家庭總自付額。
達到自付額前，是否有承保的服務？	是：預防性服務、診室就診、線上就診、急症門診服務、處方藥、孕產保健、部分化驗、助聽器、脊骨治療及針灸。		即使您尚未達到自付額，本計劃也承保部分用品和服務，但您可能須支付共付額或共同保險費用。例如，在您達到自付額之前，本計劃承保某些預防性服務，且無須分攤費用。承保的預防性服務清單請見：https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/。
特定服務是否另有自付額？	否。		您無須達到特定服務的自付額。
本計劃的年度自付費用上限是多少？	**網絡內：** $6,500/僅本人 $13,000/本人加一人 $13,000/本人及全家	**網絡外：** $15,000/僅本人 $30,000/本人加一人 $30,000/本人及全家	年度自付費用上限（或災難性最高限額）是您一年內為承保服務可能支付的最高金額。如果本計劃另有其他家庭成員，每位成員須達到各自的年度自付費用上限，直到達到家庭年度自付費用總上限。
哪些費用不計入年度自付費用上限？	保費、非承保服務的費用、差額收費，以及非 PPO 醫院的 $300 共付額。		即使您支付這些費用，也不會計入年度自付費用上限。
使用網絡內服務提供者，是否會支付較少費用？	是。網絡內服務提供者名單請見 www.apwuhp.com/our-plans/see-provider-networks/，或致電 800-222-2798。		本計劃採用服務提供者網絡。使用計劃網絡內的服務提供者，您將支付較少費用。使用網絡外服務提供者，您將支付最多費用，且可能收到服務提供者就其收費與本計劃給付額之間的差額開立的帳單（差額收費）。請注意，您的網絡內服務提供者可能使用網絡外服務提供者提供某些服務（例如化驗）

		接受服務前，請諮詢您的服務提供者。
看專科醫生是否需要轉診？	否。	您無須轉診，即可向您選擇的專科醫生就診。

此表所列的所有**共付額**和**共同保險**費用，均在您達到**自付額**後適用如該服務適用**自付額**。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外及其他重要資訊
		網絡內服務提供者（您將支付最少的費用）	網絡外服務提供者（您將支付最多的費用，且可能被收取差額收費）	
如果您前往醫療服務提供者的診室或診所	治療受傷或疾病的初級保健就診	$25 共付額（無自付額）。	40% 共同保險	Teladoc 遠距醫療就診：前兩次就診免費，會員無須分攤費用；之後每次支付 $10 共付額（無自付額）。
	專科醫生看診	$25 共付額（無自付額）。	40% 共同保險	無須轉診。無自付額。
	預防性醫療服務 / 篩查 / 免疫接種	無須支付（無自付額）。	40% 共同保險	每人每個日曆年可接受一次例行檢查。使用網絡內服務提供者接受《患者保護與平價醫療法案》建議的服務，費用按 100% 給付。
如果您需要檢查	診斷性檢查（X 光、驗血）	在 LabCorp 和 Quest Diagnostics 服務地點無須支付費用（無自付額）； 所有其他服務地點為 15% 共同保險	40% 共同保險	基因檢測需要授權。
	影像檢查（CT / PET 掃描、MRI）	15% 共同保險	40% 共同保險	需要授權；若未遵守此規定，給付金額將減少 $100。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外及其他重要資訊
		網絡內服務提供者（您將支付最少的費用）	網絡外服務提供者（您將支付最多的費用，且可能被收取差額收費）	
如果您需要藥物治療疾病或健康狀況 如需更多**處方藥承保範圍**資訊，請造訪 welcome.optumrx.com/apwuhp (www.apwuhp.com)	仿製藥物 第 1 級藥物	$10 共付額（零售）； $20 共付額（郵購）	50% 共同保險	無自付額。 承保最多 90 天的供藥量。 某些 FDA 核准的處方藥須經承保審核（事先授權）。
	首選品牌藥物 第 2 級藥物	25% 共同保險零售上限 $200；郵購上限 $300	50% 共同保險	
	非首選品牌藥物 第 3 級藥物	45% 共同保險零售上限 $300；郵購上限 $500	50% 共同保險	
	專科藥物	第 4 級：25% 共同保險零售上限 $300；郵購上限$150。第 5 級：25% 共同保險，零售上限 $600；郵購上限 $300。第 6 級：45% 共同保險，零售上限 $1,000；郵購上限 $500。	50% 共同保險	
如果您接受門診手術	設施費用（例如門診手術中心）	15% 共同保險（無自付額）	40% 共同保險	某些門診手術需要授權。
	醫師 / 外科醫師費用	15% 共同保險	40% 共同保險	某些門診手術須支付共付額。
如果您需要立即接受醫療服務	急診室醫療服務	意外受傷無須支付費用（無自付額）；15% 共同保險	意外受傷無須支付費用（無自付額）；15% 共同保險	意外受傷須在 72 小時內接受醫療服務。使用網絡外服務提供者時，您不會被收取差額收費。
	緊急醫療運送	15% 共同保險（無自付額）	15% 共同保險（無自付額） 15% 共同保險（空中救護）（無自付額）	
	急症門診服務	$30 共付額（無自付額）	40% 共同保險	

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外及其他重要資訊
		網絡內服務提供者（您將支付最少的費用）	網絡外服務提供者（您將支付最多的費用，且可能被收取差額收費）	
如果您住院	設施費用（例如醫院病房）	15% 共同保險（無自付額）	40% 共同保險（$300 共付額）	需要授權；若未遵守此規定，給付金額將減少 $500。
	醫師 / 外科醫師費用	15% 共同保險	40% 共同保險	某些手術需要授權。
如果您需要心理健康、行為健康或物質濫用治療服務	門診服務	診室就診為 $25 共付額；其他服務為 15% 共同保險	40% 共同保險	診室就診無須授權（無自付額），但某些醫療程序可能需要授權。
	住院服務	15% 共同保險	40% 共同保險	需要授權；若未遵守此規定，給付金額將減少 $500。
如果您懷孕	診室就診	無須支付（無自付額）	40% 共同保險	無
	分娩 / 生產專業服務	無須支付（無自付額）	40% 共同保險	無
	分娩 / 生產設施服務	無須支付（無自付額）	40% 共同保險	無
如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求	居家醫療護理	15% 共同保險	40% 共同保險	每個日曆年最多 50 次居家訪視（與專業護理合併計算）；本計劃每日最多給付2 小時的費用。
	康復服務	15% 共同保險	40% 共同保險	物理治療 / 職業治療 / 言語治療合計每個日曆年最多 60 次就診。僅言語治療需要授權。
	適應訓練服務	15% 共同保險	40% 共同保險	請參閱康復服務。
	專業護理	15% 共同保險	40% 共同保險（$300 共付額）	每個日曆年最多 50 次居家訪視（與居家醫療護理合併計算）；本計劃每日最多給付 2 小時的費用。
	耐用醫療設備	15% 共同保險	40% 共同保險	需要授權。
	臨終關懷服務	門診和住院服務合計超過年度給付上限 $15,000 的任何金額	門診和住院服務合計超過年度給付上限 $15,000 的任何金額	包括預立規劃及 $200 喪親福利。

常見醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外及其他重要資訊
		網絡內服務提供者（您將支付最少的費用）	網絡外服務提供者（您將支付最多的費用，且可能被收取差額收費）	
如果您的孩子需要牙科或眼科服務	兒童眼科檢查	全部費用	全部費用	
	兒童眼鏡	全部費用	全部費用	
	兒童牙科檢查	30% 共同保險（無自付額）	30% 共同保險（無自付額）	就診 / 洗牙每年限 2 次，包括 X 光檢查、補牙及簡單拔牙。

不承保的服務及其他承保服務

本計劃通常不承保的服務（詳情及其他不承保服務清單，請參閱 PSHB 計劃手冊。）

- 美容手術
- 例行足部護理
- 長期護理
- 私人專職護理
- 例行眼科護理（成人）

其他承保服務（這些服務可能有限制。此清單並不完整。請參閱 PSHB 計劃手冊。）

- 針灸
- 減重手術
- 脊骨治療
- 不孕症治療（試管嬰兒除外）
- 牙科服務（成人預防性護理）
- 助聽器
- 在國外旅行期間接受的非緊急醫療服務
- 減重計劃

您繼續享有承保的權利：如果您希望在承保終止後繼續享有承保，可尋求協助。請參閱 PSHB 計劃手冊，聯絡您的人力資源辦公室 / 退休制度管理單位，致電 800-222-2798 聯絡本計劃，或造訪 https://www.health-benefits.opm.gov/pshb。通常，若失去本計劃的承保，視情況而定，您可能符合資格獲得 31 天的免費延長承保、轉換保單（非 PSHB 個人保單）、配偶權益承保或臨時延續承保 (TCC)。您也可能有其他承保選項，包括透過醫療保險市場（Health Insurance Marketplace）購買個人保險。如需更多市場資訊，請造訪 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596。

您的申訴和上訴權利：如果您不滿本計劃拒絕您的理賠申請，您可能可以提出上訴。有關上訴權利的資訊，請參閱 PSHB 計劃手冊第 3 節「如何獲得醫療服務」及第 8 節「理賠爭議處理程序」。如需協助，請造訪 www.apwuhp.com。

本計劃是否提供最低基本承保？ 是

最低基本承保通常包括健保計劃、透過醫療保險市場或其他個人市場保單提供的醫療保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 及某些其他承保。如果您符合某些類型的最低基本承保資格，則可能不符合保費稅額抵免的資格。

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，您可能符合資格獲得保費稅額抵免，以協助您支付透過醫療保險市場購買的計劃費用。

如需有關限制和例外的詳細資訊，請參閱 www.apwuhp.com 的 PSHB 計劃手冊 71-019。

語言協助服務

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-222-2798.

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-222-2798.

中文：如需中文協助，請致電 1-800-222-2798。

Dine: Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-222-2798.

若要瞭解本計劃如何承保醫療情況範例的費用，請參閱下一節。

關於這些承保範例

這並非費用估算工具。所列治療僅用於說明本計劃可能如何承保醫療服務。您的實際費用會因接受的實際醫療服務、服務提供者的收費及許多其他因素而有所不同。請重點比較費用分攤金額（自付額、共付額和共同保險）及本計劃不承保的服務。您可使用這些資訊，比較自己在不同健保計劃下可能支付的費用。請注意：這些承保範例均以僅本人承保為基礎。

Peg 即將生產
（9 個月的網絡內產前護理及住院分娩）

- **本計劃的總自付額** $450
- **專科醫生 [費用分攤]** $25
- **醫院（設施）[費用分攤]** 15%
- **其他 [費用分攤]** 15%

此範例包括以下服務

專科醫生診室就診（*產前護理*）
分娩 / 生產專業服務
分娩 / 生產設施服務
診斷性檢查（*超音波和驗血*）
專科醫生看診（*麻醉*）

範例總費用	**$12,700**

在此範例中，Peg 將支付：

費用分攤	
自付額	$0
共付額	$0
共同保險	$0
不承保的費用	
限制或排除事項	$0
Peg 將支付的總額	**$0**

Joe 的第 2 型糖尿病管理
（病情控制良好的一年網絡內例行醫療服務）

- **本計劃的總自付額** $450
- **專科醫生 [費用分攤]** $25
- **醫院（設施）[費用分攤]** 15%
- **其他 [費用分攤]** 15%

此範例包括以下服務

初級保健醫師門診就診（*包括疾病教育*）
診斷性檢查（*驗血*）
處方藥
耐用醫療設備（*血糖儀*）

範例總費用	**$5,600**

在此範例中，Joe 將支付：

費用分攤	
自付額	$0
共付額	$100
共同保險	$285
不承保的費用	
限制或排除事項	$0
Joe 將支付的總額	**$385**

Mia 的單純性骨折
（網絡內急診室就診及後續醫療服務）

- **本計劃的總自付額** $450
- **專科醫生 [費用分攤]** $25
- **醫院（設施）[費用分攤]** 15%
- **其他 [費用分攤]** 15%

此範例包括以下服務

急診室醫療服務（*包括醫療用品*）
診斷性檢查（*X 光*）
耐用醫療設備（*拐杖*）
康復服務（*物理治療*）

範例總費用	**$2,800**

在此範例中，Mia 將支付：

費用分攤	
自付額	$0
共付額	$0
共同保險	$55
不承保的費用	
限制或排除事項	$0
Mia 將支付的總額 **Mia 先前已達到自付額**	**$55**

本計劃將負責這些承保服務範例的其他費用。