

 **這不是一份保單。** 如果您需要有關您的承保範圍和費用的詳情，可造訪 www.alamedaalliance.org 或撥打 1-877-932-2738 獲取保單內的完整條款或保險計劃文件。

重要問題	答案	重要之因：
什麼是總自付額？	\$0	請參閱從第2頁開始的表格以得知本計畫所承保服務的費用。
具體服務有其他的自付額嗎？	沒有。	對於特定的服務，您不需滿足 免賠額 的要求，但對本計畫所承保其他服務的費用請查閱從第2頁開始的表格。
在我的費用中有自付限額嗎？	沒有。	在承保期間，對於您可能支付的承保服務的分擔費用沒有限制。
什麼不包括在自付限額中？	本計畫沒有 自付限額 的限制。	不適用，因為對於您的支出沒有 自付限額 的限制。
保險計劃支付額是否有總年度限額？	不是。	第2頁的表格說明了本計畫支付 特定承保服務 的任何限制，例如診所就診。
本計畫使用醫療服務提供者網絡嗎？	是的。請瀏覽 www.alamedaalliance.org 或致電 1-877-932-2738 取得參與的服務提供者列單。	本計畫使用「網絡內」或「醫療服務提供者」等用詞代表 Alameda Alliance 網絡內的 醫療服務提供者 。若您使用網絡內醫生或其他醫療服務提供者，本計畫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。您在網絡外醫療服務提供者處就診前必須取得本計畫的預先批准，但在需要緊急醫療服務或急症護理的狀況下除外。請參閱第2頁表格瞭解本計畫如何支付不同種類的服務提供者。
我需要轉介才能去看專家嗎？	是的。	本計畫將支付看 專科醫生 時的部分或全部的承保服務，但前提是在看 專科醫生 前，您必須先取得本計畫的許可。對於所有您的主要醫療保健提供者無法提供的 醫療上必要 的承保服務，您的 主要醫療保健提供者 將轉介您到網絡內的 專科醫生 。請參閱承保項目說明書與條款披露表格，以取得更多有關轉介的資訊。
本計畫是否有不承保的服務？	是的。	本計畫不承保的一些服務列在第5頁的列單中。請參閱承保項目說明書與條款披露表格，以取得更多有關除外的服務的資訊。

若有問題：請撥打 1-877-932-2738 或造訪 www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.alamedaalliance.org 上的術語表或撥打 1-877-932-2738 索取一份。

- 
共付額是您為承保的健康照護所支付的固定金額（如15美元），通常在您接受服務時支付。
- 共同保險**是您為承保的服務費用分擔的份額，按服務**允許額**的百分率計算。例如，如果健康計劃一個晚上住院的**允許額**是1,000美元，那麼您的20%**共同保險**費用應是200美元。如果您尚未達到**自付額**要求，則可能有變。
- 保險計劃為承保服務的付費以**允許額**為根據。如果**網絡外醫療服務提供者**收費超過**允許額**，您可能必須支付差額。例如，如果網絡外醫院就一個晚上住院收取1,500美元的費用，而**允許額**是1,000美元，您可能必須支付500美元的差額。（這種情況稱為**差額**。）
- 透過向您收取較低的**自付額**、**共付額**及**共同保險**，本計劃可能鼓勵您使用_____ **醫療服務提供者**。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您去一家健康照護醫療服務提供者的診所	治療受傷或生病的主要照護就診	診所或居家就診，每次收取費用 \$ 10	不予承保	----- 無-----
	專家就診	就診，每次收取費用 \$10	不予承保	----- 無-----
	其他執業者的診所就診	針灸就診，每次收取費用 \$ 5，和 脊柱按摩服務，每次收取費用 \$ 10	不予承保	每保險福利年限制承保10次針灸就診，20次脊柱按摩服務
	預防照護／篩查／免疫	不收取費用	不予承保	----- 無-----
如果您要做檢查	診斷檢查（X光、驗血）	不收取費用	不予承保	----- 無-----
	成像（CT／PET掃描、MRI）	不收取費用	不予承保	----- 無-----

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

Alameda Alliance for Health : 團體護理計畫

保單期限：自2012年10月1日或之後開始

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

承保對象：團體計劃類型：HMO

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您需用藥物來治療生病或病症 www.alamedaalliance.org 提供關於處方藥物承保範圍的更多資訊。	非品牌藥物	處方藥，每次收取費用\$10	不予承保	不承保： <ul style="list-style-type: none"> • 試驗性或研究用藥物 • 完全以美容為目的的藥物 • 專利或非處方藥、用品和設備 • 不需書面處方的藥物（胰島素除外） • 食品補充劑、控制食慾、或任何其他其他的減肥藥 • 治療勃起功能障礙藥物。
	品牌藥物	最多30天供應量的處方藥，每次收取費用\$15	不予承保	
	在住院設施、醫生診所或病人在門診設施時提供給病人的處方藥。	不收取費用	不予承保	
	美國食品與藥物管理局(FDA)批准的避孕藥物和用具	不收取費用	不予承保	
如果您要做門診手術	設施費（如流動手術中心）	不收取費用	不予承保	-----無-----
	醫師／外科醫師費	不收取費用	不予承保	-----無-----
如果您需要立即獲得醫護	急救室服務	就診，每次收取費用\$35（若住院，則豁免）	就診，每次收取費用\$35（若住院，則豁免）	-----無-----
	緊急醫療運送	不收取費用	不收取費用	-----無-----
	急需照護	就診，每次收取費用\$10（若住院，則豁免）	就診，每次收取費用\$10（若住院，則豁免）	-----無-----
如果您要住院	設施費（如醫院病房）	住院，每次收取費用\$100；懷孕和分娩護理不收取費用	不予承保	不承保為便利目的的物品，私人房間，或牙醫或牙科手術的口腔外科醫生服務。
	醫師／外科醫師費	不收取費用	不予承保	-----無-----

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

Alameda Alliance for Health : 團體護理計畫

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

保單期限：自2012年10月1日或之後開始

承保對象：團體計劃類型：HMO

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您因精神健康、行為健康或濫用藥物需要治療	精神／行為健康門診服務	就診，每次收取費用\$10	不予承保	<ul style="list-style-type: none"> 每保險福利年限制承保10次門診服務。 每保險福利年限制承保10次住院服務。 下列狀況沒有限制：精神分裂症、情感分裂型精神障礙、雙相情感障礙（躁鬱症）、嚴重抑鬱症、恐慌症、強迫症、廣泛性發育障礙或自閉症、神經性厭食症和暴食症。
	精神／行為健康住院服務	住院，每次收取費用\$100；	不予承保	
	藥物使用失調門診服務	就診，每次收取費用\$10	不予承保	
	藥物使用失調住院服務	住院，每次收取費用\$100；	不予承保	
如果您懷孕	產前及產後照護	不收取費用	不予承保	-----無-----
	分娩及所有住院服務	不收取費用	不予承保	-----無-----

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡內醫療服務提供者	您使用不同醫療服務提供者的費用網絡外醫療服務提供者	限制及例外情況
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	家居健康照護	不收取費用	不予承保	不承保本計畫所定義的非專業的託管或居家護理的服務。
	康復服務	就診，每次收取費用\$10	不予承保	每一狀況限制承保至第一次治療日後60天。如保險計畫批准可承保額外的治療。
	復健服務	就診，每次收取費用\$10	不予承保	
	專業護理照護	不收取費用	不予承保	每保險福利年限制承保至100天。不承保本計畫所定義的非專業的託管或居家護理的服務。
	耐用醫療設備	不收取費用	不予承保	請參閱承保項目說明書與條款披露表格，以取得不承保項目列單。
	善終服務	不收取費用	不予承保	承保限於計畫成員被診斷患有末期疾病並選擇安寧護理而不是計畫所承保的恢復健康服務。
如果您的孩子需要牙科或眼科照護	眼睛檢查	不予承保	不予承保	受撫養人不符合本計劃保險福利的資格。
	眼鏡	不予承保	不予承保	
	牙齒檢查	不予承保	不予承保	

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

非承保的服務及其他承保的服務

您的計劃不承保的服務（這份清單並不完整。請查看您的保單或保險計劃文件，瞭解其他

非承保之項。）

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 受撫養人的護理• 減肥手術（除非醫療上必要）• 不孕症治療• 長期照護服務• 私人看護（除非醫療上必要） | <ul style="list-style-type: none">• 牙科護理（成人） - 有關牙科服務的資訊請聯絡公共管理局，(510) 577-3552• 常規眼科護理（成人） - 有關眼科服務的資訊請聯絡公共管理局，(510) 577-3552• 常規足部服務 | <ul style="list-style-type: none">• 整容手術（除非整形手術是醫療上必要的）• 旅行在美國境外時的非緊急醫療護理• 減肥計劃（除非醫療上必要） |
|--|--|--|

其他承保的服務（這份清單並不完整。請檢查您的保單或保險計劃文件，瞭解更多承保的服務及您接受這些服務的費用。）

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 針灸療法 | <ul style="list-style-type: none">• 脊柱按摩護理 | <ul style="list-style-type: none">• 助聽器 |
|--|--|---|

您繼續承保範圍的權利：

若您失去了計畫承保的福利，根據情況，聯邦和州法律可提供保護，以使您保持健康保險的承保。任何該等權利可能會受到時間限制，並會要求您支付**保險費**，此費用可能比您承保於本計畫時的保險費明顯地高。其他使您繼續保有承保權利的限制也適用。

欲取得更多有關繼續保有承保權利的資訊，請聯絡本計畫，電話號碼：1-877-932-2738。您也可以聯絡您的州保險部門，美國勞工部僱員福利保障局，電話號碼：1-866-444-3272或www.dol.gov/ebsa網站，或美國衛生與人類服務部，電話號碼：1-877-265-2323 x61565，或www.cciio.cms.gov網站。

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

您的申訴及上訴權利：

如果您有抱怨或對您的保險計劃拒絕賠付要求感到不滿意，可能可以呈遞上訴或申訴。如果您對您的權利、本公告或協助有問題，可聯絡：1-877-932-2738, CRS/TTY 711 or 1-800-735-2929。

此外，消費者援助計劃可以幫助您提交您的上訴。請聯絡統一管理醫療保健部門協助服務中心，聯絡方式：

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA95814

1-888-466-2219

<http://www.healthhelp.ca.gov>

helpline@dmhc.ca.gov

語言協助服務：

This document is available in alternative formats (Braille, audio, electronic text file, or large print). Call Alliance Member Services at 510-747-4567 (Toll Free 1-877-932-2738; CRS/TTY 711 or 1-800-735-2929).

Spanish (Traducción al español): Este documento está disponible en español. Llame a Servicios al Cliente de Alliance al 510-747-4567 ó al 1-877-932-2738; CRS/TTY 711 or 1-800-735-2929)

Chinese(中文譯文)：本文件以中文提供。致電「聯會會員服務部」：510-747-4567或1-877-932-2738; CRS/TTY 711 or 1-800-735-2929)

----- 若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一頁。 -----

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

關於這些承保範例：

這些範例顯示這個計劃在特定情況下可能承保醫療照護的方法。利用這些範例來查看，在通常情況下，如果一個示例病患有不同的保險計劃承保，可能獲得多少財務保護。



**這
不是一份費用
估計表。**

不要用這些範例來估計您在本計劃內的實際費用。您接受的實際照護將不同於這些範例，而且照護的費用也會有所不同。

請參閱下一頁瞭解關於這些範例的重要資訊。

生孩子 (正常分娩)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$7,540
- 計劃支付\$7,520
- 病患支付\$20

示例照護費用：

醫院收費（母親）	\$2,700
例行產科照護	\$2,100
醫院收費（嬰兒）	\$900
麻醉	\$900
實驗室測試	\$500
處方藥物	\$200
放射治療	\$200
疫苗、其他預防服務	\$40
總計	\$7,540

病患支付：

自付額	\$0
共付額	\$20
共同保險	\$0
限額或非承保服務	\$0
總計	\$20

管理二型糖尿病 (現存病情的 例行護理)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$5,400
- 計劃支付\$5130
- 病患支付\$270

示例照護費用：

處方藥物	\$2,900
醫療設備和用品	\$1,300
診所就診及步驟	\$700
教育	\$300
實驗室測試	\$100
疫苗、其他預防服務	\$100
總計	\$5,400

病患支付：

自付額	\$2
共付額	\$270
共同保險	\$0
限額或非承保服務	\$0
總計	\$270

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

關於承保範例的問答：

承保範例背後有哪些假設？

- 費用不包括**保費**。
- 示例照護費用的依據是美國衛生及人類服務部（HHS）提供的全國平均值，不具體針對某個特定地區或健康計劃。
- 病患的病症不是非承保或承保前的病症。
- 所有服務和治療都在同一個承保期限內開始和結束。
- 本計劃承保的任何成員都沒有任何其他醫療費用。
- 自付費用只基於治療範例中的病症。
- 病患接受的所有照護都由網絡內**醫療服務提供者**提供。如果病患接受了網絡外**醫療服務提供者**的照護，費用可能會更高。

承保範例顯示了什麼？

針對每種治療情況，承保範例有助於您瞭解**自付額**、**共付額**及**共同保險**加起來可能達到的總額，還有助於您瞭解，因涉及的服務或治療未承保或有限制，您可能要支付多少剩餘的費用。

承保範例是否可以預測我本人的照護需求？



否。所顯示的各種治療只是範例。依據您的醫師建議、您的年齡、您的病症嚴重程度及許多其他因素，您因這種病症需要接受的照護可能有所不同。

承保範例是否可以預測我將來的花費？



否。承保範例**不是**費用估計表。您不能利用這些範例來估計實際病症的費用。這些範例僅用於比較目的。您本人的費用會有所不同，具體取決於您接受的照護、您的**醫療服務提供者**收費的價格及您的健康計劃允許的償付額。

我是否可以利用承保範例來比較各種計劃？

✓是。當您查看其他計劃的福利和承保範圍摘要時，您會發現同樣的承保範例。在您比較各種計劃時，請檢查每個範例的「病患支付」欄。該數字愈小，健康計劃提供的承保範圍愈大。

在比較各種計劃時，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**。一般而言，**保費**愈低，您將要支付的自付費用愈多，如**共付額**、**自付額**及**共同保險**。您還應該考慮為其他帳戶的供款，如幫助您支付自付費用的醫療儲蓄帳戶（HSA）、彈性支出帳戶（FSA）或健康給付帳戶（HRA）。

若有問題：請撥打1-877-932-2738或造訪www.alamedaalliance.org。

如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視www.alamedaalliance.org上的術語表或撥打1-877-932-2738索取一份。

健康承保及醫療術語表

- 本術語表包含了許多常用術語，但並不完整。這些術語及其定義的目的進行教育，可能與您的計劃的術語及定義有所不同。在您的保單或計劃中使用時，某些術語也可能有不完全相同的含義，在這種情況下，以您的保單或計劃為準。（要瞭解如何獲取您的保單或計劃文件的副本，請參閱您的福利和承保範圍摘要。）。
- **黑體藍色**文字指明本術語表中定義的術語。
- 請參閱第 4 頁上範例，這個範例顯示**自付額**、**共同保險**及**自付限額**在實際生活中如何共用。

允許額

為支付承保的健康照護服務所依據的最高金額，也可能稱為「合格費用」、「允許支付額」或「協議費率」。如果您的**醫療服務提供者**收費超過允許額，您可能必須支付差額。（請參閱**差額**。）

上訴

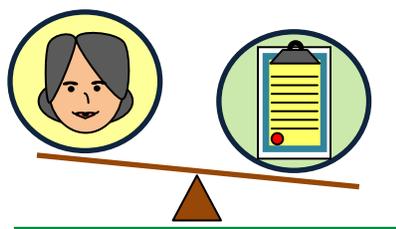
向您的健康保險公司或**計劃**提出再次審查一個決定或**申訴**的請求。

差額

醫療服務提供者按提供者的收費與**允許額**之差額向您收費。例如，如果醫療服務提供者的收費是 100 美元，但允許額是 70 美元，提供者可能會向您收取 30 美元的餘額。**首選提供者**可能**不會**就承保的服務向您收取差額。

共同保險

您為承保的健康照護服務費用分擔的份額，按服務**允許額**的百分比計算（如 20%）。您需要支付共同保險**加上**您欠的任何**自付額**。例如，如果**健康保險**或**計劃**的就診允許額是 100 美元，而您已經達到您的自付額，那麼您應支付的 20% 共同保險就是 20 美元。健康保險或計劃支付允許額的其餘部分。



珍妮支付 20% 她的計劃支付 80%
（詳例請參閱第 4 頁。）

懷孕併發症

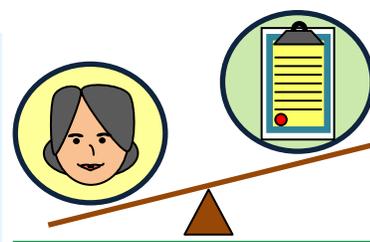
由於懷孕、生產及分娩而需要醫療照護的症狀，預防母親或胎兒的健康受到傷害。孕吐和非緊急剖腹產不屬於懷孕併發症。

共付額

您為承保的健康照護服務所支付的固定金額（如 15 美元），通常在您接受服務時支付。此金額因承保健康照護服務的種類而異。

自付額

在您的健康保險或計劃開始支付之前，您所欠您的**健康保險**或**計劃**承保健康照護服務的金額。例如，如果您的自付額是 1000 美元，在您達到 1000 美元自付額之前，您的計劃將不會為承保的健康照護服務支付任何費用，但這些服務需受自付額的限制。自付額可能不適用於所有服務。



珍妮支付 100% 她的計劃支付 0%
（詳例請參閱第 4 頁。）

耐用醫療設備（DME）

由醫療服務**提供者**為日常或延長使用所訂購的設備及用品。耐用醫療設備的承保範圍可能包括：氧氣設備、輪椅、拐杖或糖尿病病患用的血液測試條。

緊急病情

鑒於疾病、受傷、症狀或病情如此嚴重，以致理智的人都會馬上尋求健康照護，以免嚴重傷害。

緊急醫療運送

用於**緊急病情**的救護車服務。

急救室照護

您在急救室接受的**急救服務**。

急救服務

對**緊急病情**做出評估及治療，防止病情惡化。

非承保的服務

您的**健康保險**或**計劃**不支付或承保的健康照護服務。

申訴

您告訴您的健康保險公司或**計劃**的抱怨。

復健服務

協助某人保持、學習或提升日常生活的技能及功能的健康照護服務。範例包括針對達到年齡但不會走路或說話的兒童之療法。這些服務可能包括在各種住院及/或門診情況下為殘障人士進行的理療和職業療法、語言病理治療及其他服務。

健康保險

一份規定您的健康保險公司支付您的部分或全部健康照護費用以換取**保費**的合約。

家庭醫療照護

個人在家裡接受的健康照護服務。

善終服務

為不治之症末期的個人及其家庭提供舒適及支援的服務

住院

需要作為住院病人入院且通常需要過夜的醫院內照護。過夜觀察可能屬於門診照護。

醫院門診照護

通常不需要過夜的醫院內照護。

網絡內共同保險

為承保的健康照護服務，您支付給與您的**健康保險**或**計劃**簽約的提供者的**允許額**的百分率（如 20%）。網絡內共同保險通常低於**網絡外共同保險**。

網絡內共付額

為承保的健康照護服務，您支付給與您的**健康保險**或**計劃**簽約的提供者的固定金額（如 15 美元）。網絡內共付額通常低於**網絡外共付額**。

醫療必需的

預防、診斷或治療生病、受傷、病症、疾病或其症狀且符合公認的醫學標準所需之健康照護服務或用品。

網絡

健康保險公司或**計劃**與之簽約以提供健康照護服務的機構、提供者及供應者。

非首選提供者

一家尚未與健康保險公司或**計劃**簽約以提供服務的**提供者**。去看非首選提供者要支付更多費用。檢查您的保單，看看您是否可以去所有與您的**健康保險**或**計劃**簽約的提供者，還是您的健康保險或**計劃**有「分級」**網絡**，而且您去看一些提供者必須支付更多費用。

網絡外共同保險

為承保的健康照護服務，您支付給**尚未**與您的**健康保險**或**計劃**簽約的提供者的**允許額**的百分率（如 40%）。網絡外共同保險通常高於**網絡內共同保險**。

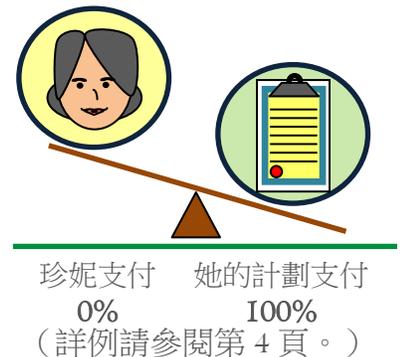
網絡外共付額

為承保的健康照護服務，您支付給**尚未**與您的**健康保險**或**計劃**簽約的提供者的固定金額（如 30 美元）。網絡外共付額通常高於**網絡內共付額**。

自付限額

在您的**健康保險**或**計劃**開始 100% 支付**允許額**之前，您在保單期限（通常為一年）內所支付的最高金額。此限額絕不包括**保費**、差額的收費或您的保險或**計劃**不予承保的健康照護。

一些健康保險或**計劃**不將您所有的共付額、自付額、**共同保險**付費、網絡外付費或其他費用計入此限額。



醫師服務

由持照醫師（醫師或骨科醫師）提供或協調的健康照護服務。

計劃

您的雇主、工會或其他團體贊助者為您提供的福利，用於支付您的健康照護服務費用。

預先授權

由您的健康保險公司或**計劃**做出的決定，確定相關的健康照護服務、治療計劃、**處方藥**或**耐用醫療設備**是**醫療必需的**。有時稱為事先授權、事先批准或預先認證。在您獲得某些服務之前，您的**健康保險**或計劃可能需要預先授權，但緊急情況除外。預先授權並不承諾您的健康保險或計劃將承保費用。

首選提供者

一個與您的健康保險公司或**計劃**簽約並為您提供優惠服務的**提供者**。檢查您的保單，看看您是否可以去所有首選提供者，或您的**健康保險**或計劃有「分級」**網絡**，您去看一些提供者必須支付更多費用。您的健康保險或計劃的首選提供者可能也是「參與」提供者。參與提供者也與您的健康保險公司或計劃簽約，但優惠可能不多，您可能必須支付更多費用。

保費

您必須為您的**健康保險**或**計劃**支付的金額。您及/或您的雇主通常按月、按季或按年付費。

處方藥承保範圍

幫助支付**處方藥**及用藥的**健康保險**或**計劃**。

處方藥

依照法律需要處方的藥物及用藥。

主診醫師

直接為病患提供或協調各種健康照護服務的醫師（醫師或骨科醫生）。

主要照護提供者

依照州法律許可，提供、協調或協助病患獲得各種健康照護服務的醫師（醫師或骨科醫師）、護理師、臨床護理專家或助理醫師。

醫療服務提供者

依照州法律規定獲得執照、認證或認可的醫師（醫師或骨科醫師）、健康照護專業人員或健康照護機構。

重建手術

因先天性缺陷、事故、受傷或病症需要矯正或改善身體某個部位的手術及後續治療。

康復服務

某人因生病、受傷或殘疾喪失日常生活技能和功能後，助其保持、恢復或改善的健康照護服務。這些服務可能包括在各種住院及/或門診機構的理療和職業療法、語言病理治療及精神病康復服務。

專業護理照護

由持照護士在您家裡或養老院裡提供的服務。專業照護服務由醫技員和治療師在您家裡或養老院裡提供。

專家

一位醫師專家，專注於醫學的某個具體領域或某個病患群組，診斷、管理、預防或治療某些種類的症狀及病情。非醫師專家是一位在健康照護某個具體領域受過更多訓練的**提供者**。

UCR（通常、慣常及合理收費）

基於提供者在某個地區通常為相同或類似的醫療服務收費而在該地區為醫療服務支付的金額。UCR 金額有時用來確定**允許額**。

急需照護

擔心生病、受傷或病情太嚴重，以致理智的人會馬上尋求照護，但尚未嚴重到需要**急救室**照護。

您和您的保險公司如何分擔費用－範例

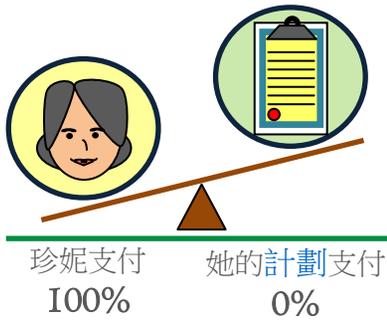
珍妮計劃中的自付額：1,500 美元

共同保險：20%

自付限額：5,000 美元

1月1日
承保期限開始

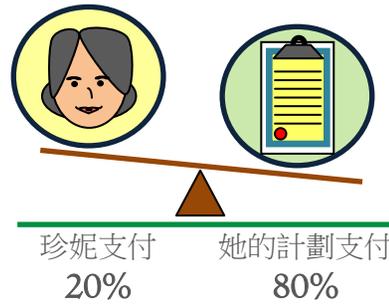
12月31日
承保期限結束



珍妮尚未達到她的 1,500 美元自付額

她的計劃不支付任何費用。
診所就診費用：125 美元
珍妮支付：125 美元
她的計劃支付：0 美元

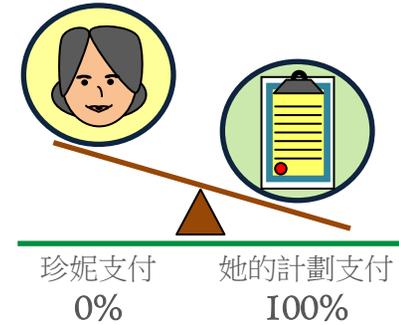
更多費用



珍妮已經達到她的 1,500 美元自付額，共同保險開始

珍妮已多次看過醫師，支付總額為 1,500 美元。她的計劃將支付她下次就診的部分費用。
診所就診費用：75 美元
珍妮支付：
75 美元的 20% = 15 美元
她的計劃支付：
75 美元的 80% = 60 美元

更多費用



珍妮已經達到她的 5,000 美元自付限額

珍妮已多次看過醫師，支付總額為 5,000 美元。她的計劃將在年度剩餘時間內為她承保的健康照護服務支付全部費用。
診所就診費用：200 美元
珍妮支付：0 美元
她的計劃支付：200 美元