



Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. Federal law requires you get the SBC at certain times so you can more easily compare benefits between plans. The SBC is not a detailed description of your benefits or how they work. If there is a conflict between this SBC and your Plan's documents, the Plan's documents govern.

- Your SBC shows the benefits available to you even if you choose not to enroll. (You may or may not be allowed to waive coverage.)
- The SBC primarily reflects your medical benefits. You may have additional vision or dental benefits not shown in the SBC. You may also have life, accidental death and dismemberment, or short-term disability benefits.
- The SBC includes a section called *Coverage Examples*. This section shows the estimated average cost and benefits paid for common medical procedures.
 - The costs reflect national averages, but may not reflect actual plan payments.
 - The coverage examples are based on certain assumptions. It is important to note these are examples only. You shouldn't use these examples to estimate your actual costs under the Plan.

Need More Information?

If you have questions about your SBC, your benefits under the Plan, or what enrollment options you may have, please contact UNITE HERE HEALTH at the phone number shown on your SBC.



¡Aquí tiene su Resumen de beneficios y cobertura!

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le presenta una síntesis de sus beneficios para atención médica común. La ley federal requiere que usted obtenga el SBC en determinados momentos para que pueda comparar más fácilmente los beneficios entre planes. El SBC no contiene una descripción detallada de sus beneficios ni cómo estos funcionan. De haber algún conflicto entre este SBC y los documentos de su Plan, los que rigen son los documentos del Plan.

- El SBC le muestra los beneficios disponibles para usted, aún cuando usted decida no inscribirse. (Puede ser que se le permita o no se le permita renunciar a la cobertura).
- El SBC refleja principalmente sus beneficios médicos. Puede ser que tenga beneficios adicionales para la visión o dentales que no aparecen en su SBC. Además, es posible que tenga beneficios de seguro de vida, muerte accidental o desmembramiento, o beneficios de discapacidad a corto plazo.
- El SBC incluye una sección que se llama *Ejemplos de cobertura*. Esta sección le muestra una estimación del costo promedio y beneficios pagados por procedimientos médicos comunes.
 - Los costos reflejan promedios nacionales, pero es posible que no reflejen los verdaderos pagos del plan.
 - Los ejemplos de cobertura están basados en ciertas suposiciones. Es importante tener en cuenta que estos son sólo ejemplos. No debe utilizar estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo el Plan.

¿Necesita más información?

Si tiene preguntas con respecto a su SBC, a sus beneficios según el Plan o a sus opciones para inscribirse, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al número telefónico que aparece en su SBC.



您的福利和承保摘要如下！

您的福利和承保摘要 (SBC)

总结您的常规医疗保险福利。联邦法律要求您在特定時間內獲得 SBC，以便您可以更輕鬆地比較計劃之間的福利。SBC 不是福利或运作方式的详细说明。如果此 SBC 与您的计划文档之间存在冲突，则以计划文档为准。

- 您的 SBC
显示您可以享受的福利，即使您选择不注册。（您可以也可以不放弃承保。）
- SBC 主要反映您的医疗福利。您可以拥有 SBC 未显示的其他眼科或牙科福利。您还可以拥有人寿、意外死亡和伤残或短期残疾福利。
- SBC 包含名为*承保示例*的一节。该节显示常规医疗程序的预计平均费用和福利。
 - 费用反映国家平均水平，不反映实际计划支付额。
 - 承保示例以特定假设为基础。务必注意，这些仅仅是示例。不应根据这些示例估算计划下的实际费用。

需要更多信息？

如果您对 SBC、计划下的福利或者注册选择有疑问，请联系 UNITE HERE HEALTH，电话号码在 SBC 上注明。



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.uhh.org or call 1-844-267-4325. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other [underlined](#) terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-844-267-4325 to request a copy.

| Important Questions | Answers | Why This Matters: |
|---|--|---|
| What is the overall deductible? | \$0 | See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers. |
| Are there services covered before you meet your deductible? | Not Applicable. | The plan does not have a deductible. |
| Are there other deductibles for specific services? | No. | You don't have to meet deductibles for specific services. |
| What is the out-of-pocket limit for this plan? | \$6,350 individual / \$12,700 family | The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met. |
| What is not included in the out-of-pocket limit? | Premiums, balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, non-network expenses, dental/vision care, or penalties for failure to obtain prior authorization for services. | Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit . |
| Will you pay less if you use a network provider? | Yes. See www.harvardpilgrim.org/local26 or call 1-877-594-7196 for a list of network providers . | This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services. |
| Do you need a referral to see a specialist? | Yes. A referral is required for most specialist care. If you live outside the service area and have the PPO, you don't need referrals. | This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist . |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|--|---|---|---|---|
| | | Network Provider (You will pay the least) | Non-Network Provider (You will pay the most) | |
| If you visit a health care provider's office or clinic | Primary care visit to treat an injury or illness | No charge | Not covered | None |
| | Specialist visit | No charge | Not covered | Alternative care benefits may be provided separately. |
| | Preventive care/screening/immunization | No charge | Not covered | You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |
| If you have a test | Diagnostic test (x-ray, blood work) | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |
| | Imaging (CT/PET scans, MRIs) | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |
| If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.hospitalityrx.org . | Generic and some brand drugs | \$1 copay /prescription (retail and mail order) | Not covered | No charge for certain preventive care drugs and supplies. Specialty drugs must be obtained through the specialty mail order pharmacy. Coverage limited to drugs on the formulary , unless formulary exception is approved. Quantity limits, prior authorization requirements, and other cost-containment programs may apply. *See section prescription drug benefits. |
| | Preferred drugs | \$8 copay /prescription (retail and mail order) | Not covered | |
| | Non-preferred drugs | \$12 copay /prescription (retail and mail order) | Not covered | |
| | Select specialty drugs and select biosimilars | Generic: \$1 copay /prescription (mail order); Brand: 25% coinsurance (mail order) | Not covered | |
| If you have outpatient surgery | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the prior authorization program is not followed. |
| | Physician/surgeon fees | | | |
| If you need immediate medical attention | Emergency room care | \$100 copay /visit | \$100 copay /visit | Copay waived if immediately admitted as an inpatient, having day surgery, or placed in observation. |
| | Emergency medical transportation | No charge | No charge | Benefits for non-emergency ambulance may be denied if the prior authorization program is |

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|--|---|--|---|--|
| | | Network Provider (You will pay the least) | Non-Network Provider (You will pay the most) | |
| | | | | not followed. |
| | <u>Urgent care</u> | No charge | Not covered | Coverage for non-network care limited to providers outside the service area. Referrals are not required. |
| If you have a hospital stay | Facility fee (e.g., hospital room) | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the <u>prior authorization</u> program is not followed. |
| | Physician/surgeon fees | | | |
| If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services | Outpatient services | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the <u>prior authorization</u> program is not followed. Referrals are not required. |
| | Inpatient services | No charge | Not covered | |
| If you are pregnant | Office visits | No charge | Not covered | Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). Referrals are not required for certain maternity care. |
| | Childbirth/delivery professional services | No charge | Not covered | |
| | Childbirth/delivery facility services | No charge | Not covered | |
| If you need help recovering or have other special health needs | <u>Home health care</u> | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the <u>prior authorization</u> program is not followed. |
| | <u>Rehabilitation services</u> | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the <u>prior authorization</u> program is not followed. |
| | <u>Habilitation services</u> | | | |
| | <u>Skilled nursing care</u> | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the <u>prior authorization</u> program is not followed. |
| | <u>Durable medical equipment</u> | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the <u>prior authorization</u> program is not followed. |
| | <u>Hospice services</u> | No charge | Not covered | Benefits may be denied if the <u>prior authorization</u> program is not followed. |
| If your child needs dental or eye care | Children's eye exam | Not covered | Not covered | Vision benefits may be provided separately. |
| | Children's glasses | | | |
| | Children's dental check-up | Not covered | Not covered | Dental benefits may be provided separately. |

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.uhh.org.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Acupuncture (May be provided separately)
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult) (May be provided separately)
- Dental care (Child) (May be provided separately)
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult) (May be provided separately)
- Routine eye care (Child) (May be provided separately)
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Bariatric surgery (limited to Center of Excellence network providers)
- Chiropractic care (limited to network providers and 20 visits/year)
- Hearing aids (limited to network providers and \$10,000 per hearing aid every 36 months for each hearing-impaired ear)
- Routine foot care (if you have diabetes or systemic circulatory diseases and limited to network providers)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: UNITE HERE HEALTH at 1-844-267-4325, or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-267-4325.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-267-4325.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-267-4325.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-267-4325.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-844-267-4325 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-844-267-4325.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-844-267-4325.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-844-267-4325.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

| | |
|---|-----|
| The plan's overall deductible | \$0 |
| Specialist copayment | \$0 |
| Hospital (facility) copayment | \$0 |
| Other copayment | \$0 |

This EXAMPLE event includes services like:
[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

| Total Example Cost | \$12,700 |
|--------------------|----------|
|--------------------|----------|

In this example, Peg would pay:

| Cost Sharing | |
|-----------------------------------|-------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copayments | \$0 |
| Coinsurance | \$0 |
| What isn't covered | |
| Limits or exclusions | \$50 |
| The total Peg would pay is | \$50 |

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

| | |
|---|-----|
| The plan's overall deductible | \$0 |
| Specialist copayment | \$0 |
| Hospital (facility) copayment | \$0 |
| Other copayment | \$0 |

This EXAMPLE event includes services like:
[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

| Total Example Cost | \$5,600 |
|--------------------|---------|
|--------------------|---------|

In this example, Joe would pay:

| Cost Sharing | |
|-----------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copayments | \$300 |
| Coinsurance | \$0 |
| What isn't covered | |
| Limits or exclusions | \$20 |
| The total Joe would pay is | \$320 |

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

| | |
|---|-----|
| The plan's overall deductible | \$0 |
| Specialist copayment | \$0 |
| Hospital (facility) copayment | \$0 |
| Other copayment | \$0 |

This EXAMPLE event includes services like:
[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

| Total Example Cost | \$2,800 |
|--------------------|---------|
|--------------------|---------|

In this example, Mia would pay:

| Cost Sharing | |
|-----------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copayments | \$100 |
| Coinsurance | \$0 |
| What isn't covered | |
| Limits or exclusions | \$0 |
| The total Mia would pay is | \$100 |

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.uhh.org o llame al 1-844-267-4325. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-844-267-4325 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | USD \$0 | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan . |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | No se aplica. | Este plan no tiene un deducible. |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | USD \$6,350 por persona / \$12,700 por familia | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Primas , cargos por facturación de saldo , atención médica que este plan no cubre, gastos fuera de la red, cuidado de la dental o visión, penalidades por no obtener autorización previa para servicios. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ? | Sí. Vea www.harvardpilgrim.org/local26 o llame al 1-877-594-7196 para una lista de proveedores dentro de la red . | Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un especialista ? | Sí. Se requiere una referencia para la mayoría de los cuidados de un especialista . Si vive fuera | Puede acudir al especialista de su preferencia con una referencia . |

| | | |
|--|---|--|
| | del área de servicio y tiene el PPO, no necesita referencias. | |
|--|---|--|

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|---|--|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo | No tiene cobertura | Ninguna. |
| | Visita al especialista | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios de cuidado alternativo pueden proporcionarse por separado. |
| | Atención preventiva/examen colectivo/vacuna | Sin cargo | No tiene cobertura | Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.hospitalityrx.org . | Medicamentos genéricos y algunos de marca | \$1 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo) | No tiene cobertura | No hay cargo por ciertos medicamentos y suministros de cuidados preventivos. Medicamentos de especialidad deben obtenerse a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. La cobertura se limita a los medicamentos en el formulario , a menos que se apruebe una excepción del formulario . Pueden aplicarse límites de cantidad, requisitos de autorización previa y otros programas de contención de costos. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta. |
| | Medicamentos preferidas | \$8 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo) | No tiene cobertura | |
| | Medicamentos no preferidas | \$12 copago /receta (venta minorista y pedidos por correo) | No tiene cobertura | |
| | Medicamentos de especialidad selectos y biosimilares selectos | Genérico: \$1 copago /receta (pedidos por correo); | No tiene cobertura | |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.uhh.org.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | | Marca: 25% <u>coseguro</u> (pedidos por correo) | | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <u>autorización previa</u> . |
| | Honorarios del médico/cirujano | | | |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | \$100 <u>copago</u> /visita | \$100 <u>copago</u> /visita | <u>Copago</u> exonerado si de inmediato: es admitido para hospitalización, tiene cirugía ambulatoria o lo dejan en observación. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin cargo | Sin cargo | Los beneficios de ambulancia que no es de emergencia pueden ser denegados si el no se cumple con el programa de <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Atención de urgencia</u> | Sin cargo | No tiene cobertura | Cobertura para <u>proveedores fuera de la red</u> limitado a proveedores fuera del área fuera de servicio. No se requieren referencias. |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <u>autorización previa</u> . |
| | Honorarios del médico/cirujano | | | |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <u>autorización previa</u> . No se requieren referencias. |
| | Servicios internos | Sin cargo | No tiene cobertura | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | No tiene cobertura | El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido). No se requieren referencias para ciertos cuidados de maternidad. |
| | Servicios de parto profesionales | Sin cargo | No tiene cobertura | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | Sin cargo | No tiene cobertura | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Sin cargo | No tiene cobertura | |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.uhh.org.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|--|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Servicios de habilitación | | | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| | Cuidado de enfermería especializada | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | Sin cargo | No tiene cobertura | Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa . |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | No tiene cobertura | No tiene cobertura | Beneficios de la vista pueden ser proveídos por separado. |
| | Anteojos para niños | | | |
| | Chequeo dental pediátrico | No tiene cobertura | No tiene cobertura | Beneficios dentales pueden ser proveídos por separado. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Acupuntura (pueden ser proveídos por separado)
- Cirugía cosmética
- Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proveídos por separado)
- Cuidados dentales (Menores) (pueden ser proveídos por separado)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado de salud por tiempo prolongado
- Cuidados que no sean de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.
- Servicios privados de enfermería
- Cuidados de visión rutinarios (Adultos) (pueden ser proveídos por separado)
- Cuidados de visión rutinarios (Menores) (pueden ser proveídos por separado)
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cirugía bariátrica (limitado a los [proveedores de la red](#) del Centro de Excelencia)
- Cuidados quiroprácticos (limitados a [proveedores dentro de la red](#) y 20 visitas/año)
- Aparatos auditivos (limitado a [proveedores de la red](#) y \$10,000 por aparato auditivo cada 36 meses para cada oído con discapacidad auditiva)
- Cuidados podiátricos de rutina (si tiene diabetes o enfermedades circulatorias sistémicas y está limitado a [proveedores de la red](#))

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.uhh.org.

www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-844-267-4325, o al Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-267-4325.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-267-4325.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-267-4325.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-267-4325.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-844-267-4325 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-844-267-4325.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-844-267-4325.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-844-267-4325.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y
parto en el hospital)

| | |
|--|-----|
| ■ El deductible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro copago | \$0 |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos
profesionales
Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

| | |
|------------------------|----------|
| Costo total hipotético | \$12,700 |
|------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|-------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$50 |
| El total que Peg pagaría es | \$50 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una
enfermedad bien manejada)

| | |
|--|-----|
| ■ El deductible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro copago | \$0 |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

| | |
|------------------------|---------|
| Costo total hipotético | \$5,600 |
|------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$320 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la
red y visitas de seguimiento)

| | |
|--|-----|
| ■ El deductible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro copago | \$0 |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

| | |
|------------------------|---------|
| Costo total hipotético | \$2,800 |
|------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$100 |



福利和承保範圍摘要 (SBC) 將有助於您挑選一項健康保險計劃。 SBC 可指明您和計劃 將如何分攤所承保醫療服務的費用。

注：有關本計計劃 的費用（稱為保險費）將另行提供。

這僅是一個摘要。有關您承保範圍更多的信息，或取得承保範圍完整條款的副本，www.uhh.org 或致電 1-844-267-4325.對於常用術語的一般定義，如允許的金額, 餘額計費, 共同保險, 共付額, 自付額, 提供者, 或其他下劃線的術語，請參閱詞彙表。您可以在www.cciio.cms.gov 瀏覽詞彙表，或致電1-844-267-4325 索取一個副本。

| 重要的問題 | 答案 | 為什麼這個重要： |
|---------------------------------|---|--|
| <u>自付額</u> 的總數是多少？ | \$0 | 請參閱以下的常見醫療事件表，關於您的服務費用該計劃所承保的金額。 |
| 在您滿足 <u>自付額</u> 之前，這些服務是否已包括在內？ | 不適用。 | 計劃沒有自付額。 |
| 是否有其他特定服務的 <u>自付額</u> ？ | 沒有 | 您不需要滿足特定服務的 <u>自付額</u> 。 |
| 這個計劃自掏腰包的極限是多少？ | \$6,350 個人 / \$12,700 家庭 | <u>自掏腰包的極限</u> 是一年之內您為承保服務支付的最高金額。如果此計劃中有其他家庭成員，他們必須滿足各自自掏腰包的極限，直到滿足整個家庭的自掏腰包極限。 |
| 什麼是不包括在 <u>自掏腰包的極限</u> 之內？ | 保險費、餘額計費、此計劃不包括的醫療、非網絡費用、牙科/眼科治療，或者因未能事先獲得服務授權帶來的罰款。 | 雖然您支付這些費用，但他們並不算在 <u>自掏腰包的極限</u> 之內。 |
| 如果您使用 <u>網絡內提供者</u> ，您會少付嗎？ | 是。請造訪 www.harvardpilgrim.org/local26 或致電 1-877-594-7196 索取一份 <u>網絡內提供者</u> 的名單。 | 這個計劃使用一個 <u>提供者的網絡</u> 。如果您使用本計劃網絡內的 <u>提供者</u> ，您將支付得比較少。如果您使用一個 <u>非網絡內的提供者</u> ，您將支付得最多，同時您可能收到來自於 <u>提供者</u> 的帳單針對提供者的收費和您的計劃所支付之間的差額(<u>餘額計費</u>)。請注意，您的 <u>網絡內的提供者</u> 可能會顧用一個 <u>非網絡內的提供者</u> 來提供某些服務（如化驗室的工作）。在接受服務之前，請先和您的 <u>提供者</u> 查證。 |
| 您需要 <u>轉診</u> 去看 <u>專科醫生</u> 嗎？ | 是。大多數 <u>專科醫師</u> 治療需要 <u>轉診</u> 。若閣下居住於服務區域之外，且擁有首選醫療服務 | 這個計劃會支付部份或全部去看 <u>專科醫師</u> 承保服務的費用，但是只有在您去看 <u>專科醫師</u> 之前先取得了 <u>轉診</u> 單。 |

| | | |
|--|----------------------|--|
| | 提供機構 (PPO) 計劃，則無需轉介。 | |
|--|----------------------|--|

| 常見的 醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您將支付多少 | | 限制，例外，以及其他重要的資訊 |
|---|--------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | 網絡內提供者 (您將付得最少) | Non-Network Provider (您將付得最多) | |
| 如果您造訪醫療保健 <u>提供者</u> 的辦公室或診所 | 一般護理門診治療受傷或疾病 | 不收費 | 不承保 | 無 |
| | <u>專科醫師</u> 門診 | 不收費 | 不承保 | 替代照護福利可以單獨提供。 |
| | <u>預防性護理/篩查/接種疫苗</u> | 不收費 | 不承保 | 您可能需要支付非 <u>預防性</u> 服務的費用。請詢問您的 <u>提供者</u> 所需服務是否為預防性。然後檢查您的 <u>計劃</u> 將支付的項。如果不按照 <u>事先授權</u> 方案，將拒絕報銷。 |
| 如果您有個檢驗 | <u>診斷檢驗</u> (x-光, 驗血) | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案，將拒絕報銷。 |
| | 成像 (CT / PET 掃描, 核磁共振成像) | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案，將拒絕報銷。 |
| 如果您需要藥物來治療疾病或狀況 關於處方藥物保險的更多資訊可造訪 www.hospitalityrx.org | 仿製藥和一些品牌藥 | \$1 <u>共付額</u> /處方 (零售和郵購) | 不承保 | 某些預防性藥物和用品不收費。 <u>專科藥物</u> 必須通過專用郵購藥房獲得。除非批准處方集豁免，否則承保限制為處方集藥物。數量限制、 <u>事先授權</u> 要求和其他成本限制方案適用。*參見處方藥報銷章節。 |
| | 首選藥物 | \$8 <u>共付額</u> /處方 (零售和郵購) | 不承保 | |
| | 非首選藥物 | \$12 <u>共付額</u> /處方 (零售和郵購) | 不承保 | |
| | 部分專科和生物仿製藥物 | 普通藥物: \$1 <u>共付額</u> /處方 (郵購) 品牌藥物: 25% 共同保險 (郵購) | 不承保 | |
| 如果您有門診手術 | 設施費用 (例如，門診手術中心) | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案，將拒絕報銷。 |
| | 醫師/外科醫生費用 | | | |

| 常見的 醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您將支付多少 | | 限制, 例外, 以及其他重要的資訊 |
|--------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------------------|--|
| | | 網絡內提供者 (您將付得最少) | Non-Network Provider (您將付得最多) | |
| 如果您需要立即就醫 | <u>急診室護理</u> | \$100 <u>共付額</u> /造訪 | \$100 <u>共付額</u> /造訪 | 以下情況下立刻免除 <u>共付額</u> : 作為住院病人入院, 接受門診手術, 或處於觀察中。 |
| | <u>緊急醫療運輸</u> | 不收費 | 不收費 | 如果未遵循 <u>事先的授權</u> 計劃, 則非緊急救護車的好處可能會被拒絕。 |
| | <u>緊急護理</u> | 不收費 | 不承保 | 非網絡內的護理承保限制為服務區域外的提供者。不需要推薦。 |
| 如果您需要住院 | 設施費用 (例如, 醫院病房) | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案, 將拒絕報銷。 |
| | 醫師/外科醫生費用 | | | |
| 如果您需要心理健康, 行為健康, 或物質濫用服務 | 門診服務 | 不收費 | 不承保 | 如果不遵守事先授權計劃, 福利可能會被拒絕。不需要推薦。 |
| | 住院服務 | 不收費 | 不承保 | |
| 如果您是孕婦 | 辦公室門診 | 不收費 | 不承保 | 產婦護理包括 SBC 其他地方介紹的檢驗和服務 (如超聲波)。某些產科護理無需轉介。 |
| | 分娩/生產專業服務 | 不收費 | 不承保 | |
| | 分娩/生產設施服務 | 不收費 | 不承保 | |
| 如果您需要幫助恢復或有其他特殊健康需求 | <u>家庭醫療保健</u> | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案, 將拒絕報銷。 |
| | <u>康復服務</u> | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案, 將拒絕報銷。 |
| | <u>培建服務</u> | | | |
| | <u>專業護理保健</u> | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案, 將拒絕報銷。 |
| | <u>耐用醫療設備</u> | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案, 將拒絕報銷。 |
| | <u>臨終關懷服務</u> | 不收費 | 不承保 | 如果不按照 <u>事先授權</u> 方案, 將拒絕報銷。 |
| 如果您的小孩需要牙科或眼科護理 | 小孩的眼睛檢查 | 不承保 | 不承保 | 單獨提供眼科報銷。 |
| | 小孩的眼鏡 | | | |
| | 小孩的牙齒檢查 | 不承保 | 不承保 | 單獨提供牙科報銷。 |

* 有關限制和例外更多的訊息, 請造訪 www.uhh.org 查閱計劃或保單文件。

排除的服務及其他承保的服務:

您的計劃一般不承保的服務（欲知更多訊息和其他任何排除的服務的清單，請查閱您的保單或計劃文件。）

- 針灸（可能單獨提供）
- 整容手術
- 牙科護理（成人）（可單獨提供）
- 牙科護理（兒童）（可單獨提供）
- 不孕不育治療
- 長期護理
- 在美國以外旅遊時的非緊急護理
- 私人護士
- 例行眼科護理（成人）（可單獨提供）
- 例行眼科護理（兒童）（可單獨提供）
- 減肥方案

其他承保的服務（這些服務可能有所限制這不是一個完整的清單。請查閱您的計劃文件。）

減肥手術（僅限於卓越中心網絡內醫療服務提供者）

- 脊椎按摩治療（僅限網絡提供者和 20 次訪問/年）
- 助聽器（僅限於網絡提供者，且每 36 個月每個聽障耳最高限額為每台助聽器 10,000 美元）
- 常規足部护理（若閣下身患糖尿病或循環系統疾病，僅限於網絡內醫療服務提供者）

您續保的權利：在您的保險結束後，如果您想要續保，有些經辦機構可以幫助您。那些機構的聯繫資訊為：Department of Labor's Employee Benefits Security Administration，電話1-866-444-EBSA (3272)或www.dol.gov/ebsa/healthreform。其他保險的選項也可以提供給您，包括透過健保商場[Marketplace](#)購買個人保險。欲知更多訊息有關[Marketplace](#)的訊息，請造訪www.HealthCare.gov或致電 1-800-318-2596。

您的投訴和申訴權利：如果您對您的計劃否決了索賠而有所抱怨的話，有些機構可以幫助您。這種抱怨被稱為投訴或申訴。有關您的權利更多的訊息，請看一下您將收到該醫療索賠的福利說明。您的計劃文件還提供完整的資訊關於提出索賠、申訴，或投訴任何對於您的計劃不滿的理由。有關您的權利，本通知，或協助更多的訊息，請聯繫：UNITE HERE HEALTH，電話1-844-267-4325，或 Department of Labor's Employee Benefits Security Administration，電話1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform。

本計劃是否提供最低基本健保範圍？[是]

最低程度承保一般包括可透過商城或其他獨立市場保單取得的計劃、健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE、和其他特定保險。如果您符合特定類別最低程度承保的資格，您可能不符合保費稅額抵免優惠資格。

本計劃是否滿足最低價值標準？[是]

如果您的計劃不符合最低價值標準，你可能有資格得到一項保費稅收抵免，以幫助您透過[Marketplace](#)購買一個計劃。

語言接通服務：

西班牙文 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-267-4325.

菲律賓語 (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-267-4325.

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼1-844-267-4325。

* 有關限制和例外更多的訊息，請造訪www.uhh.org查閱計劃或保單文件。

印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-267-4325.

賓夕法尼亞德語 (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-844-267-4325 uff.

薩摩亞語 (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-844-267-4325.

卡羅琳語 (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaangi tilifon ye 1-844-267-4325.

查莫羅語 (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-844-267-4325.

如欲查看此計劃涵蓋範例醫療情況費用的示例，請查看下一節。



這不是一個費用估算工具。所顯示的治療僅為本計劃可能承保醫療護理的例子。您實際的費用會有所不同，這取決於您實際接受的護理，提供者提供者收取的費用，以及許多其他因素。著眼於計劃下費用分攤的金額（自付額、共付額和共同保險）以及排除的服務。使用本訊息來比較在不同的健康保險計劃下您可能應支付費用的部分。請注意，這些保險的例子僅限於自身投保。

佩琪要生小孩了

(9個月的網絡內產前護理和住院生產)

- 該計劃的總自付額為 \$0
- 專科醫師共付額 \$0
- 醫院(設施)共付額 \$0
- 其他共付額 \$0

本事件範例所包括的服務如：

專科醫師門診（產前護理）
分娩/生產專業服務
分娩/生產設施服務
診斷檢驗（超音波和驗血）
專科醫師門診（麻醉）

| | |
|-------|----------|
| 範例總費用 | \$12,700 |
|-------|----------|

在本範例中，佩琪應支付：

| 費用分攤 | |
|------------|------|
| 自付額 | \$0 |
| 共付額 | \$0 |
| 共同保險 | \$0 |
| 沒有承保的為 | |
| 限制或排除的 | \$50 |
| 佩琪應支付的總金額為 | \$50 |

管理喬的第二類型糖尿病

(一年網絡內例行控制良好狀況下的護理)

- 該計劃的總自付額為 \$0
- 專科醫師共付額 \$0
- 醫院(設施)共付額 \$0
- 其他共付額 \$0

本事件範例所包括的服務如：

一般護理醫師門診（包括疾病教學）
診斷檢驗（驗血）
處方藥物
耐用醫療設備（血糖測驗器）

| | |
|-------|---------|
| 範例總費用 | \$5,600 |
|-------|---------|

在本範例中，喬應支付：

| 費用分攤 | |
|-----------|-------|
| 自付額 | \$0 |
| 共付額 | \$300 |
| 共同保險 | \$0 |
| 沒有承保的為 | |
| 限制或排除的 | \$20 |
| 喬應支付的總金額為 | \$320 |

米雅的輕微骨折

(網絡內急診室門診和後續治療)

- 該計劃的總自付額為 \$0
- 專科醫師共付額 \$0
- 醫院(設施)共付額 \$0
- 其他共付額 \$0

本事件範例所包括的服務如：

急診室護理（包括醫療用品）
診斷檢驗（x-光）
耐用醫療設備（拐杖）
復健服務（物理治療）

| | |
|-------|---------|
| 範例總費用 | \$2,800 |
|-------|---------|

在本範例中，米雅應支付：

| 費用分攤 | |
|------------|-------|
| 自付額 | \$0 |
| 共付額 | \$100 |
| 共同保險 | \$0 |
| 沒有承保的為 | |
| 限制或排除的 | \$0 |
| 米雅應支付的總金額為 | \$100 |