

計劃 20/80-60/250

PLAN 20/80-60/250

PPO 福利表/PPO SCHEDULE OF BENEFITS

扣除額和保單最高額	簽約醫療網	非簽約醫療網 ¹
年扣除額		
個人	250 美元	
家庭最高額	500 美元	
其他扣除額 ² (每次) 服務受限於年度適用的扣除額、 共同保險和福利最高額		
住院治療服務	不適用	不適用
門診手術治療服務	不適用	不適用
急診室服務 (如果收治入院, 則豁免)	100 美元	
未能獲取事先授權的服務 (事先授權的服務則豁免)	250 美元	500 美元
共同保險最高額		
個人	3,000 美元	6,000 美元
家庭最高額	6,000 美元	12,000 美元
您的保單最高額	5,000,000 美元	

住院病人福利	簽約醫療網	非簽約醫療網 ^{1,3}
急診室服務	滿足扣除額後 80% 的受保醫療費用	
住院病人酒精、毒品或其他的藥物濫用解毒 ³	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 受保醫療費用、每日福利 最高額為 200 美元
最高福利	每個年度住院治療最高額為 2,500 美元	
住院病人晚期病服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 受保醫療費用、每日福利 最高額為 1,000 美元
最高福利	保險的住院治療和門診治療福利綜合保險最高額為 5,000 美元	
住院病人醫療服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 受保醫療費用、每日福利 最高額為 1,000 美元
住院病人生育和新生兒護理 生產、分娩和出生後的醫院服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 受保醫療費用、每日福利 最高額為 1,000 美元
住院病人心理疾病服務 ³ (嚴重的精神疾病 (SMI) 和 嚴重的情緒障礙 (SED) 除外)	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 受保醫療費用、每日福利 最高額為 200 美元
最高福利	每個年度住院治療最高額為 2,500 美元	
住院病人復健護理	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 受保醫療費用、每日福利 最高額為 1,000 美元

住院病人福利 (續)

簽約醫療網

非簽約醫療網^{1,3}

住院病人看護院護理	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	每日福利最高額為 200 美元， 超過部份由被保險人自行支付
最高福利	每個年度最多 90 天住院治療	
器官移植和移植服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	不屬於保險範圍
骨髓、幹細胞和器官移植 供體最高額	每次 15,000 美元 每次 5,000 美元	
國家推薦的移植機構 公司授權的移植機構 被保險的最高福利	保單最高額	

門診病人福利

簽約醫療網

非簽約醫療網¹

醫師門診治療 ^{2,4} <i>服務包括醫師門診時檢測或治療傷害或疾病， 及相關的屬於保險範圍內的診斷 X 光和實驗室 服務</i> 過敏測試和治療 乳腺癌和骨盆癌檢查，包括乳房 X 光檢查 骨質疏鬆症監測 結腸直腸癌監測 前列腺癌監測 兒童定期健康評估 (至 18 歲)，包括與年齡適 當的免疫、實驗室測試、身高和體重評估、 視力檢查	支付 20 美元共付額後醫師門診 治療服務的償付比例為 100% 簽約門診實驗室和 放射服務為滿足扣除額後 80% 的受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
定期健康評估 ^{2,4} (19 歲及以上) 聽力檢查 視力檢查 免疫和成人追加接種 例行實驗室測試 (適合年齡和性別) 體重評估 最高福利	支付 20 美元共付額後醫師門診 治療服務的償付比例為 100% 簽約門診實驗室和 放射服務為滿足扣除額後 80% 的受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
針灸療法服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每個年度綜合保險福利最高額為 1,000 美元	
酒精、毒品或其他的藥物濫用 ³	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每日 1 次、每個年度 20 次就診	
救護車 (緊急救護服務和指定的轉移)	滿足扣除額後 70% 的受保醫療費用	
矯正用具	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每個年度綜合保險福利最高額為 500 美元， 保險後為 1,000 美元	
耐用醫療設備 租用、購買或修理	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每個年度綜合保險福利最高額為 2,000 美元	

門診病人福利 (續)

	簽約醫療網	非簽約醫療網 ¹
居家健康護理	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每個年度綜合保險最高就診次數為 100 次	
安寧療護服務 危機時期居家護理和急性護理管理	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	住院病人和門診病人綜合保險福利最高額為 5,000 美元	
不孕症治療服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	住院病人和門診病人綜合保險福利最高額為 2,000 美元	
輸液療法	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
藥物輸液療法		每日福利最高額為 500 美元， 超過部份由被保險人自行支付
注射藥品	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
實驗室服務 (醫師門診治療除外)	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
產婦護理 ^{2,4} 醫師門診治療、實驗室和放射服務 產前、產後、產婦護理	第一次就診共付額為 20 美元， 隨後為滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
醫療復健治療 語言、身體和職業治療	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每個年度綜合保險福利最高額為 1,000 美元	
心理疾病服務 ³ (嚴重的精神疾病 (SMI) 和 嚴重的情緒障礙 (SED) 除外)	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每日 1 次、每個年度 20 次就診	
神經肌肉、骨骼治療服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每個年度綜合保險福利最高額為 1,000 美元	
門診手術 在醫院或獨立的手術中心當日進行的治療服務	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用、 每日最高福利額為 750 美元 ³
義肢用具	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
最高福利	每個年度綜合保險福利最高額為 2,000 美元	
放射服務 (醫師門診治療除外)	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的 限制費用表所列費用
嚴重的精神疾病 (SMI) 服務 (包括兒童嚴重的情緒障礙 (SED)) 僅為指定的診斷	滿足扣除額後 80% 的 受保醫療費用	不屬於保險範圍

門診病人福利 (續)

	簽約醫療網	非簽約醫療網 ¹
專用鞋	滿足扣除額後 80% 的受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的限制費用表所列費用
最高福利	每個計劃年度綜合保險福利最高額為 500 美元，保險後為 1,000 美元	
專門的掃描、成像和實驗室服務 CT、SPECT、PET、MRA、MRI、超聲波、EKG、EEG、AMG 及核醫學研究	滿足扣除額後 80% 的受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的限制費用表所列費用
緊急護理服務 ^{2,4} (每次發生)	支付 50 美元共付額後緊急護理服務的償付比例為 100% 計劃內門診實驗室和放射服務為滿足扣除額後 80% 的受保醫療費用	滿足扣除額後 60% 的限制費用表所列費用

門診病人處方藥²

(每處方期或最多 30 天的共付額)	簽約零售藥房	非簽約零售藥房
非專利處方藥共付額	支付下述共付額後，付款 100%： 共付額 10 美元	支付下述共付額後，付款 80%： 共付額 10 美元
品牌藥品共付額	共付額 25 美元	共付額 25 美元
非處方藥共付額	共付額 50 美元	共付額 50 美元
處方藥扣除額	無	
郵購服務計劃	每三次處方期支付最多 90 天的供應或兩次共付額後，付款 100%	

1 非計劃內提供者的最高受保醫療費用不能超過限制費用表所列費用。請參閱「證書」的定義部份以瞭解限制費用表的定義。

2 受保醫療費用的共付額或額外的扣除額不適用於計劃年度的扣除額。

3 這種類型的受保醫療費用的共同保險費用不適用於共同保險最高額，應付比例不能因達到任何共同保險最高額而增加至 100%。

4 基於共付額的服務排除並且不包括或適用於門診手術服務、神經肌肉與骨路疾病服務、除醫師門診治療外的門診醫療復健治療服務、酒精、毒品或其他藥物濫用治療服務、心理疾病服務、嚴重的精神疾病服務、不孕症治療服務、針灸療法服務、注射或靜脈輸入藥物服務 (除了抗生素、免疫接種、過敏血清)、專門的掃描、成像和實驗室服務，例如 CT、SPECT、PET、MRA 和 MRI (使用或不使用口服、直腸灌入、注射或輸入對比劑)、EKG、EEG、EMG 和核醫學研究、除產婦護理外的超聲波服務，或被「福利表」列為不屬於保險範圍的任何服務。

1 Maximum Covered Expenses for Non-Participating Providers will not exceed the Limited Fee Schedule. Please refer to the Definitions Section in the Certificate for an explanation of the Limited Fee Schedule.

2 Copayments or Additional Deductibles for Covered Expenses do not apply toward the Calendar Year Deductible.

3 Coinsurance for this type of Covered Expense does not apply toward the Coinsurance Maximum, and the percentage payable for this type of Covered Expense does not increase to 100% due to satisfaction of any Coinsurance Maximum.

4 Copayment based services exclude and do not include or apply to office based Outpatient Surgery, Neuromuscular Skeletal Services, Outpatient Medical Rehabilitation Therapy services other than a Physician Office Visit, Alcohol, Drug or Other Substance Abuse services, Mental Illness services, Severe Mental Illness services, Infertility services, Acupuncture services, injectable or intravenous drugs (other than antibiotic, immunizations, allergy serum), Specialized Scanning, Imaging, and Laboratory services such as CT, SPECT, PET, MRA, and MRI (with or without oral, rectal, injected or infused contrast media), EKG, EEG, EMG and nuclear medicine studies, ultrasounds except for maternity care, or any service shown on the Schedule of Benefits as not covered.

重要的 PPO 資訊

注意：本保單有一定的福利最高額，有些是年度最高額，有些是保險的福利最高額。請仔細閱讀這些資訊，以瞭解您在此計劃下的福利。

在獲得某些福利前需要事先授權。未經事先授權的服務將會導致保單下保險福利支付的減少。公司將追溯評定醫療服務的必需性，評定為非醫療必需的服務將不符合保單下獲得福利的條件。由於未事先授權的服務自行支付的額外費用不適用於您的年度扣除額或共同保險最高額，請參閱您的「證書」中的「事先授權要求」，以避免任何罰款。

對福利的影響。在獲得某些福利前需要事先授權。未經事先授權的服務可能會導致被保險人的額外支出，如「福利表」所示。除非公司認定受保服務是醫療必需的，否則不會支付任何福利。本保單有一定的最高保額，有些是年度最高額，有些是保險的福利最高額。請仔細閱讀您的「福利表」以瞭解保險範圍。

簽約和非簽約醫療網。本保單對於從簽約和非簽約醫療網獲得的受保服務均提供福利。簽約醫療網同意參加公司推薦的提供者組織，並按議定的收費提供健康護理服務。非簽約醫療網未同意議定的收費和安排。

緊急救護服務。當被保險人接受非簽約醫療網的緊急救護服務時，將視同為簽約醫療網所提供，對該緊急救護服務進行支付。一旦能安全地轉入簽約健康護理機構，被保險人應轉入以繼續獲得簽約醫療網級別的福利。如果被保險人選擇不轉入簽約健康護理機構，則所有引致的額外費用將按非簽約醫療網的標準支付。

使用基於醫院的提供者。本保單對於從簽約和非簽約醫療提供者獲得的受保服務均提供福利。某些基於醫院的醫療提供者包括急診室、放射、麻醉和病理提供者可能不必在保單下提供簽約醫療提供者的服務。為節省您的開銷，在簽約醫院的非簽約基於醫院的醫療提供者處獲得的受保服務將視為簽約醫療提供者福利，保單下最高額為正常和一般收費（或適用的情況下，限制費用表中所列費率）。在此情況下，非簽約醫療提供者可能對被保險人開出超過保單保險給付費用的帳單。對於超出保險給付費用的任何收費，由被保險人自行支付。

利用簽約醫療提供者來降低費用。被保險人從一家非簽約醫療提供者處獲得的受保服務可能比從簽約醫療提供者處獲得服務的成本要高。對非簽約醫療提供者提供的服務所支付的受保醫療費用可能會大大低於被保險人的實際開銷。被保險人的付款責任包括保單中未保險的部份，以及非簽約醫療提供者超出保險支付費用收取的全部費用。

為了減少您的自付費用，被保險人應考慮選擇醫療服務提供者的類型對福利的影響。下表描述的是典型的 PPO 計劃下對福利的影響。請參閱您的「證書」和「福利表」以確定受保服務範圍。

選擇提供者對福利的影響		
	簽約醫療網服務	非簽約醫療網服務
共同保險福利 保單下計劃所支付的受保醫療費用百分比	較高	較低
共同保險最高額 您自行支付的費用，扣除任何適用的扣除額或共付額	較低	較高
受保服務的議定收費 醫院 醫師	是 是	否 否
提供者對受保服務的餘額收費 醫院 醫師 (下面指定的非簽約基於醫院的提供者除外)	否 否	是 是 對於超出受保醫療費用的收費， 被保險人自行支付比例為 100%
提供者對 不屬於本計劃受保服務範圍的餘額收費 醫院 醫師	是 是 對於不屬於計劃受保服務範圍內的收費， 被保險人自行支付比例為 100%	是 是 對於不屬於計劃受保服務範圍內的收費， 被保險人自行支付比例為 100%
在簽約醫院裡提供受保服務，基於非簽約醫院的提供者的餘額收費 基於非計劃內醫院的提供者—包括急診室、放射、麻醉、病理	不適用	是 對於超出受保醫療費用的收費， 被保險人自行支付比例為 100%

簽約資格改變。如果在被保險人在簽約健康護理機構住院治療的過程中，該機構終止其簽約提供者的資格，則住院治療過程中提供的受保服務將按該機構作為簽約提供者時議定的收費標準提供。

如果被保險人獲得簽約提供者提供服務的授權，而其後該機構又終止其簽約提供者的資格，則事先授權的服務將按該機構作為簽約提供者時議定的收費標準提供。

本文的英文版本為有效法律文件，此翻譯版本僅供參考用。若需英文版本，請電 1-800-938-2300，或訪問 www.pacificareasia.com。

P.O. Box 6098
Cypress, CA 90630

客戶服務部：
800-938-2300
866-816-2088 (TDHI)
www.pacificareasia.com

©2004 by PacifiCare Health Systems, Inc.
PCA087522-000
GHC-SM-SOB-04-CA
P36go400

由 PacifiCare Life and Health Insurance Company 提供擔保