



本模式範本僅旨在協助您比較承保福利，且僅為摘要。應參閱理賠範圍證明 (EOC) 和計劃合約，深入了解承保福利和條件限制的詳細說明。

<b>累計期</b>	
本計劃的累計期為 01/01/21 至 12/31/21 (日曆年)。	
<b>日曆年自費金額上限</b>	
若您在日曆年中支付的共付額及共同保險加總達到下列金額之一，將無須支付更多的費用。	
對於個人入保 (一位保戶的家庭)	每日曆年 \$1,000
對於整個家庭入保 (兩位或兩位以上保戶)	每日曆年 \$2,000
<b>計劃自付額</b>	
您必須達到您的計劃自付額，費用分擔額才適用 (除「無費用」服務以外)：	
醫療自付額	\$75/個人或 \$150/家庭
藥房自付額	無
<b>終生上限</b>	
無	
<b>專業服務 (計劃提供者診所就診)</b>	
您的費用分擔額	
大部份主要照護就診 (評估和治療)	每次就診 \$5
大部份專科照護就診 (諮詢、評估和治療)	每次就診 \$8
其他執業者的診所就診*	每次就診 \$5
例行的身體維護檢查，包括女性健康檢查	無費用
兒童健康預防檢查 (至 23 個月)	無費用
家庭計劃諮商和諮詢	無費用
已排期的產前照護檢查	無費用
19 歲以下保戶的計劃驗光師例行視力檢查	無費用
聽力檢查	無費用
大部份物理、職業和言語治療	每次就診 \$5
緊急照護諮詢、評估和治療	每次就診 \$5
註：	
1. 緊急照護包含精神/行為健康和藥物依賴 (藥物使用失調) 危機干預服務。	
2. 承保福利包含遠距醫療。遠距醫療服務的費用分擔額不得超過您親身接受同類服務需支付的費用分擔額。	
<b>門診服務</b>	
您的費用分擔額	
門診手術設施費	每次 10% 共同保險
門診醫師/外科醫師費	每次就診 10% 共同保險
門診就診**	每次就診 10% 共同保險
大部份免疫接種 (包括疫苗)	無費用
大部份 X 光	每次 \$8
大部份實驗室測試	每次 \$8
MRI、大部份 CT 和 PET 掃描	每次 \$50
康復/康復服務	每次 \$5
承保的個人健康教育諮商	無費用
承保的健康教育計劃	無費用
<b>住院服務</b>	
您的費用分擔額	
住院 (設施費)	每次住院 10% 共同保險+
醫師/外科醫師手術費	每次住院 10% 共同保險+



緊急健康承保	您的費用分擔額
急診室設施費	每次 \$50
急診室醫師費	無費用

註：若因承保服務直接住院，則急診室費不適用。

救護車服務	您的費用分擔額
救護車服務	每趟行程 \$30+

處方藥承保	您的費用分擔額
-------	---------

根據我們處方集藥物指引而承保的門診藥品：

第 1 級	透過計劃藥房或郵購服務	\$3，最多 30 天藥量
第 2 級	透過計劃藥房或郵購服務	\$10，最多 30 天藥量
第 3 級	透過計劃藥房或郵購服務	\$15，最多 30 天藥量
第 4 級	計劃藥局藥品	每張處方 10% 共同保險，最高 \$150，最多 30 天藥量。

藥物級別	類型
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>大部份學名藥和</li> <li>低價首選品牌藥</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>非首選學名藥；</li> <li>首選品牌藥；以及</li> <li>計劃的藥物和治療 (P&amp;T) 委員會根據藥物安全、效果和費用推薦的任何其他藥物。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>非首選品牌藥；以及</li> <li>藥物和治療 (P&amp;T) 委員會根據藥物安全、效果和費用推薦的藥物，或；</li> <li>通常於較低級別有首選且往往較低價的替代藥物。</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>生物製劑以及食品和藥物管理局 (FDA) 或藥物製造商要求透過專科藥房經銷的藥物；</li> <li>登記者必須具備特殊訓練或臨床監控的藥物；</li> <li>使健康計劃支出（扣除折扣）超過六百美元 (\$600) 的一個月藥量。</li> </ul>

精神／行為健康 (MH) 服務	您的費用分擔額
-----------------	---------

住院：

MH 精神科住院費	每次住院 10% 共同保險+
MH 精神科醫師／外科醫師費	每次住院 10% 共同保險+
MH 精神科觀察	包括在精神科住院費內
MH 心理測試	包括在精神科住院費內
MH 個人和團體治療	包括在精神科住院費內
MH 個人和團體評估	包括在精神科住院費內
MH 危機住院計劃	每次住院 10% 共同保險+

門診：

MH 診所就診	每次就診 \$5
MH 藥物治療監督	每次就診 \$5
MH 個人和團體治療	每次就診 \$5
MH 個人和團體評估	每次就診 \$5

門診、其他項目和服務：

應用行為分析和行為健康治療	無費用
密集門診病人 MH 多學科治療	
精神科治療計劃	無費用



神經心理學測試	無費用
MH 部份住院	無費用
MH 心理測試	無費用

註：承保福利包含遠距醫療。遠距醫療服務的費用分擔額不得超過您親身接受同類服務需支付的費用分擔額。

藥物依賴（藥物使用失調）服務	您的費用分擔額
----------------	---------

**住院：**

藥物依賴住院費	每次住院 10% 共同保險+
藥物依賴醫師／外科醫師費	每次住院 10% 共同保險+
住院排毒	包括在住院費內
個人和團體治療	包括在住院費內
個人和團體藥物依賴諮詢	包括在住院費內
個人和團體評估	包括在住院費內
過渡性住院康復服務	每次住院 10% 共同保險+

**門診：**

藥物依賴診所就診	每次就診 \$5
藥物依賴個人和團體評估	每次就診 \$5
藥物依賴個人和團體諮詢	每次就診 \$5
美沙酮維護	每次就診 \$5

**門診、其他項目和服務：**

藥物依賴密集門診計劃	無費用
藥物依賴日間治療計劃	無費用

註：承保福利包含遠距醫療。遠距醫療服務的費用分擔額不得超過您親身接受同類服務需支付的費用分擔額。

耐用醫療設備 (DME)	您的費用分擔額
--------------	---------

屬於必要健康福利的 DME 商品	10% 共同保險
------------------	----------

住家健康服務	您的費用分擔額
--------	---------

住家健康照護（每日曆年最多 100 次訪視）	每次就診 \$3
------------------------	----------

其他	您的費用分擔額
----	---------

19 歲以下保戶的眼鏡或隱形眼鏡：

每日曆年特定款式鏡架	無費用
每日曆年標準隱形眼鏡	無費用
每日曆年一般鏡片	無費用

註：每年最多一副眼鏡（隱形眼鏡，以取代眼鏡）。

專業護理服務照護（每個福利期間最多 100 天）	10% 共同保險+
--------------------------	-----------

善終照護	無費用
------	-----

牙科服務

對於口腔檢查、預防性洗牙、醫療上必要的畸齒矯正等相關費用分攤。

請參閱具有適當費用金額福利的 Liberty Dentals 一覽表。



註：

+ 適用自付額

\* 其他執業者診所就診包括主要照護或專科執業者未提供的就診。

\*\* 門診就診包括但不限於下列類型的門診就診：門診化療、門診放射線治療、門診輸注治療、門診洗腎和類似的門診服務。

這是一份最常被問到的福利摘要。本表未說明福利、費用分擔額、自費金額上限、排除情況或限制，也未列示所有福利和費用分擔額。欲檢視完整說明，請參考您 EOC 的「福利和費用分擔額」、「限制和排除情況」，以及「付款和償付責任」部份。