

於 2021 年 1 月 1 日生效

個人和家庭

Trio HMO

健康計劃

我們執著於追求身強體健。因此，我們致力於透過您可負擔的費用，經由本地醫生和醫院為您提供醫療服務。

Blue Shield of California 的 Trio HMO

您可以看診您所需的醫療服務提供者

您可以無需在想去的醫院和可承受的價格之間作出選擇。我們的 Trio HMO 計劃旨在以實惠的價格為您提供優質醫師和醫院網絡，包括 Dignity Health、Hoag Memorial、John Muir、Providence、St. Joseph、St. Jude 和 UC San Francisco。

透過與致力於提供優質服務的醫療服務提供者合作，Trio 幫助會員瞭解其自身的醫療保險和醫療體系，從而提供優質的照護並降低保費。

與傳統的 HMO 計劃類似，我們將為您分配一名 Trio ACO HMO 網絡的主治醫師 (PCP)，由其協調您的照護事宜。若您更青睞其他醫師，您可以更改您的 PCP。如需查找您所在區域的 Trio 醫師和醫院，請造訪 blueshieldca.com/networkifphmo。

Trio 的服務區域是哪裡？

在加州 26 個縣均有提供 Trio HMO 計劃。如需瞭解所在區域是否提供 Trio 計劃，請造訪 blueshieldca.com/triocheck，或聯絡您的保險經紀人。

您的計劃選項

我們有多種 Trio HMO 健康計劃可供您選擇。要為自己選擇一個計劃，您需考慮月保費與照護費用的合理組合。通常來說，您支付的計劃月保費越高，您獲取照護時所需支付的費用越低。同理，您的計劃月保費越低，您獲取照護時所需支付的費用越高。



Shield Concierge – 一個電話，衆多專家

不論是需要幫助查找 PCP，對帳單有疑問，或是需要一些健康指導，僅需給 Shield Concierge 打個電話即可獲得幫助。Shield Concierge 是一支專家團隊，所有專家共同為您提供服務。您的 Shield Concierge 團隊包括：

- 客戶服務代表
- 註冊護士
- 藥劑師
- 藥房技師
- 健康輔導員
- 社工

您出行時亦受承保

不論您是商務出行還是休閒旅遊，每個 Blue Shield HMO 計劃均隨附 BlueCard® 和 Global Core，可讓您在美國以及出國旅行時獲得急診和緊急照護服務。



Platinum 及 Gold 級計劃

與大多數 Blue Shield 計劃相比，無自付額且共付額較低，因此如果您經常去看醫生，Platinum 級和 Gold 級計劃是一個不錯的選擇。



Silver 級計劃

如果您偶爾看醫生並希望平衡月計劃保費和獲取照護時您需支付的費用，Blue Shield Silver 70 HMO 計劃是很好的選擇。



我們還提供三種透過 Covered California 承保的 Silver 級費用分擔減免計劃，該計劃共付額、自付額和最高付現額較低，適用對象為滿足某些收入要求和其他標準的人士：



- Blue Shield Silver 94 Trio HMO
- Blue Shield Silver 87 Trio HMO
- Blue Shield Silver 73 Trio HMO

聯絡您的保險經紀人或造訪
blueshieldcaplans.com/getblue，進行詢價和申請。

隨時隨地與醫生交流

Teladoc 提供全年無休 (每年 365 天, 每週 7 天, 每天 24 小時) 造訪經美國董事會認證醫生、兒科醫生和心理健康專業人員的全國性網絡, 可就各種醫學和心理健康問題向他們諮詢, 也可透過電話或線上視訊諮詢來讓他們開某些藥。此項服務無共付額, 且在滿足醫療自付額之前就可使用。

透過 Heal 獲取醫生出診服務

您知道醫生仍然提供上門服務嗎? Heal™ 是一項服務, 讓您能夠在最適合您的時間和地點找到經美國董事會認證的主治醫師。最重要的是, 您首次就診的共付額將為 \$0。排定您希望看醫生的時間和地點, 讓您不受時間、費用和預約行程的約束。請造訪 heal.com/cities, 查看您所在區域是否有 Heal。

財政協助

您可能有資格獲取 Covered California 提供的財務協助, 以支付您任何 Blue Shield Trio HMO 計劃項下的月保費。聯絡您的保險經紀人或 Blue Shield, 獲得指引完成資格認證。

Healthy Savings

Healthy Savings® 讓您無需剪取、列印或下載優惠券, 就能以更低價格購買到健康的食品。透過與 Walmart、Albertsons、Safeway、Ralphs 和 Vons 等大型零售商合作, Healthy Savings 可讓 Blue Shield 會員在購買健康食品之時可節省費用。如需更多關於此計劃的資訊, 請造訪 blueshieldca.com/healthysavings, 且該劃無需額外費用。

Heal 是 Get Heal, Inc. 的商標。

Healthy Savings 是一個獨立實體, 代表 Blue Shield of California 管理服務。



定義：

HMO (健康維護組織) – 一種健康計劃, 主治醫師為會員提供照護, 幫助協調會員照護, 並將其轉至計劃網絡中的其他保健服務提供者。

保費 – 會員每個月就其健康保險計劃支付給 Blue Shield 的金額。

第 1 層級 – Blue Shield 標準藥品處方集中的多數學名藥和低價的首選品牌藥。

第 2 層級 – 由 Pharmacy & Therapeutics Committee (藥房和治療委員會) 根據 Blue Shield 標準藥品處方集中的藥物安全性、藥效和成本推薦的非首選學名藥、首選品牌藥和藥物。

第 3 層級 – 非首選品牌藥物; 由藥房和治療委員會根據藥物安全性、藥效和成本推薦的藥物; 或 Blue Shield 標準藥品處方集中, 通常有首選且經常費用更少的較低層級治療替代方案的藥物。

第 4 層級 – 屬於生物製劑類藥物; Food & Drug Administration 或製藥公司要求分派給特種藥房的藥物; 需經過培訓或在臨牀監督下方能進行自我給藥的藥物; 或者單月供給的計劃費用 (扣除退還款) 超過 \$600 的藥物。

費用分擔 – Blue Shield 與會員共同分擔的保健服務費用。

福利 (承保服務) – 由健康計劃所承保的具醫療必要性的服務及用品。

共保額 – 在達到任何日曆年自付額後, 會員所需為福利繳付的一定比例金額。

共付額 (共付) – 在達到任何適用的日曆年自付額後, 會員所需為福利繳付的固定美金金額。

合約醫療服務提供者/網絡醫療服務提供者 – 醫療服務提供者 (包括醫師和醫院) 經與 Blue Shield 簽約為特定健康計劃的會員提供承保服務。網絡提供者同意接受 Blue Shield 的合約費率, 以此作為承保服務的付款。

藥品處方集 – 經 Food and Drug Administration (食品藥物管理局) 批准並根據安全性、有效性和成本選擇的藥物清單。

允許費用 – Blue Shield 用於確定承保服務的美金金額。

主治醫師 – 負責協調會員照護和將其轉介至計劃網絡中其他醫療保健提供者的醫師。

自付額 – 在 Blue Shield 開始支付前, 會員在每個日曆年為大部分承保服務所支付的金額。特定承保服務, 如預防保健服務, 在會員達到日曆年自付額前由計劃承保。

此表詳細提供從網絡內醫療服務提供者處接受常規服務所涉及的計劃自付額、共付額和共保額。只有使用 Trio ACO HMO 網絡內醫療服務提供者時，方可獲得計劃福利。由您的醫療團隊之外的醫療服務提供者提供的服務不受承保，急診照護、緊急和後續照護除外。如需完整的計劃詳情，請造訪 blueshieldca.com/policies。

在達到自付額前（如適用），您需負責支付所有不超過允許費用的金額。接著，您應支付圖表中註明的共付額或共保額。一旦您達到了計劃的最高付現額，則 Blue Shield 將就您從 Trio ACO HMO 網絡內醫療服務提供者獲得的多數承保服務支付 100% 的費用。

 = 在達到任何自付額之前，會員可享受福利

 = 福利適用於自付額

| | BLUE SHIELD PLATINUM 90 TRIO HMO | BLUE SHIELD GOLD 80 TRIO HMO | BLUE SHIELD SILVER 70 OFF EXCHANGE TRIO HMO* | BLUE SHIELD SILVER 70 TRIO HMO† | BLUE SHIELD SILVER 94 TRIO HMO† | BLUE SHIELD SILVER 87 TRIO HMO† | BLUE SHIELD SILVER 73 TRIO HMO† |
|---|---|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 透過所示內容提供的計劃 | Blue Shield 以及 Covered California | Blue Shield 以及 Covered California | 僅限 Blue Shield | 僅限 Covered California | 僅限 Covered California | 僅限 Covered California | 僅限 Covered California |
| 福利 | 在從合約醫療服務提供者處接受服務的情況下，會員支付： ¹ | | | | | | |
| 預防性健康福利 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| 診所看診 – 主治醫師 | \$15 | \$35 | \$40 | \$40 | \$5 | \$15 | \$35 |
| 診所看診 – 專科醫師 | \$30 | \$65 | \$80 | \$80 | \$8 | \$25 | \$75 |
| 緊急照護看診 | \$15 | \$35 | \$40 | \$40 | \$5 | \$15 | \$35 |
| 第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給) | \$5 | \$15 | \$16 ² | \$16 ² | \$3 | \$5 | \$16 ² |
| 第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給) | \$15 | \$55 | \$60 ² | \$60 ² | \$10 | \$25 ³ | \$55 ² |
| 第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給) | \$25 | \$80 | \$90 ² | \$90 ² | \$15 | \$45 ³ | \$85 ² |
| 第 4 層級藥物 (最多 30 天的供給) | 10% (每一處方最多 \$250) | 20% (每一處方最多 \$250) | 20% (每一處方最多 \$250) ² | 20% (每一處方最多 \$250) ² | 10% (每一處方最多 \$150) | 15% (每一處方最多 \$150) ³ | 20% (每一處方最多 \$250) ² |
| 化驗 | \$15 | \$40 | \$40 | \$40 | \$8 | \$20 | \$40 |
| X 光 | \$30 | \$75 | \$85 | \$85 | \$8 | \$40 | \$85 |
| 住院治療 | 每天 \$250 (每次入院最多 5 天) | 每天 \$600 (每次入院最多 5 天) | 20% | 20% | 10% | 15% | 20% |
| 門診手術 | \$100 | \$300 | 20% | 20% | 10% | 15% | 20% |
| 未導致入院的急診室服務 | \$150 | \$350 | \$400 | \$400 | \$50 | \$150 | \$400 |
| 救護車 | \$150 | \$250 | \$255 | \$250 | \$30 | \$75 | \$250 |
| 產科 – 分娩 (醫院) | 每天 \$250 (每次入院最多 5 天) | 每天 \$600 (每次入院最多 5 天) | 20% | 20% | 10% | 15% | 20% |
| 兒科牙科檢查 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| 兒科眼科檢查 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| 兒科眼鏡 | 1 年 1 副 | 1 年 1 副 | 1 年 1 副 | 1 年 1 副 | 1 年 1 副 | 1 年 1 副 | 1 年 1 副 |
| 針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師 提供) | \$15 | \$35 | \$40 | \$40 | \$5 | \$15 | \$35 |
| 日曆年醫療自付額 ⁴ | \$0 | \$0 | 每人 \$4,000/ 每個家庭 \$8,000 | 每人 \$4,000/ 每個家庭 \$8,000 | 每人 \$75/ 每個家庭 \$150 | 每人 \$1,400/ 每個家庭 \$2,800 | 每人 \$3,700/ 每個家庭 \$7,400 |
| 日曆年最高付現額 (包括自付額) | 每人 \$4,500/ 每個家庭 \$9,000 | 每人 \$8,200/ 每個家庭 \$16,400 | 每人 \$8,200/ 每個家庭 \$16,400 | 每人 \$8,200/ 每個家庭 \$16,400 | 每人 \$1,000/ 每個家庭 \$2,000 | 每人 \$2,850/ 每個家庭 \$5,700 | 每人 \$6,500/ 每個家庭 \$13,000 |
| 日曆年藥房自付額 ⁴ | \$0 | \$0 | 每人 \$300/ 每個家庭 \$600 | 每人 \$300/ 每個家庭 \$600 | \$0 | 每人 \$100/ 每個家庭 \$200 | 每人 \$275/ 每個家庭 \$550 |

此文件非合同性質。所有福利描述僅對計劃福利做概要介紹。如需獲得詳細計劃福利和排除條款之描述，請參閱《承保範圍說明書》(EOC)。您還可檢視我們的《福利與承保範圍摘要》(SBC) 表格，以輕鬆瞭解計劃福利以及在享有服務時的財務責任概覽。可在 blueshieldca.com/policies 上或者透過致電 (888) 256-3650 聯絡我們，以便獲取計劃的 EOC 和 SBC 資料。

我們還為美國印第安人及阿拉斯加原住民提供特殊計劃。造訪 www.coveredca.com 瞭解更多資訊。

* Blue Shield Silver 70 Off Exchange Trio HMO 計劃需要透過 Blue Shield 購買，您的保險經紀人將協助您完成這些步驟。本圖表列出的所有其他 Blue Shield 醫療計劃均可透過 Blue Shield 或 Covered California 投保，除非另外註明。

† 該項 Blue Shield 計劃需要透過 Covered California 購買，您的保險經紀人將協助您完成這些步驟。本圖表列出的所有其他 Blue Shield 醫療計劃均可透過 Blue Shield 或 Covered California 投保。在透過 Covered California 申請 Blue Shield 計劃時，符合條件的個人可能有資格獲得經濟援助。

1 所示的數額為允許費用的一定比例。網絡內醫療服務提供者接受 Blue Shield 的允許費用，以此作為承保服務的全部付款。

2 所有處方藥物適用於日曆年藥房自付額。

3 所有不屬於第 1 層級的處方藥物適用於日曆年藥房自付額。

4 家庭自付額內有單獨的個人自付額。一旦會員滿足個人自付額的要求後，Blue Shield 將支付其家庭計劃中的個別會員福利。一旦滿足家庭自付額的要求後，Blue Shield 將支付所有受保家庭成員的承保福利。當兩位家庭成員滿足其個人自付額的要求後，或三位或以上的家庭成員的自付額總額達到家庭自付額限額後，即算滿足了家庭自付額。

還有疑問或想要開始申請？



請造訪 blueshieldcaplans.com/getblue。



致電您的保險經紀人。

您的保險經紀人可協助您透過 Blue Shield 或 Covered California (coveredca.com)，即加州健康保險的交易場所申請 Blue Shield 計劃。

若您所在的區域沒有 Trio HMO，我們在加州各地提供 PPO 計劃。如需瞭解更多有關 PPO 計劃的資訊，請向您的保險經紀人索取本手冊的 PPO 版或造訪 blueshieldcaplans.com/getblue。

我們還提供牙科計劃、眼科計劃*及人壽保險*計劃，不論您有沒有醫療計劃，您都可以購置這些計劃。詢問您的保險經紀人或造訪 bsca.com/ifspecialty2021 瞭解更多資訊。

*由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 承保。