



個人和家庭

TRIO HMO 健康計劃



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

我們執著于追求身強體健。因此, 我們致力於透過當地醫生和醫院以您可負擔的費用, 為您提供廉價健康照護。

BLUE SHIELD OF CALIFORNIA 的 TRIO HMO

您可以看診您所需的醫療服務提供者

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路, 包括 Dignity Health、Hoag Memorial、John Muir、Providence、St. Joseph、St. Jude 和 UC San Francisco 以及更多 – 每月費率低於大多數 PPO 計劃。Trio HMO 透過與致力於提供優質成果的醫療服務提供者合作, 並幫助會員管理其自身的保險和醫療保健系統來降低保費。從我們的 Trio ACO HMO 網絡中選擇一名主治醫師 (PCP), 以指導您獲得所需的護理。如需查找您所在區域的 Trio HMO 醫師和醫院, 請造訪 blueshieldca.com/networkifphmo。

TRIO HMO 的服務區域是哪裏?

在加州 28 個縣均有提供 Trio HMO 計劃。如需瞭解所在區域是否提供 Trio HMO 計劃, 請造訪 blueshieldca.com/triocheck, 或聯絡您的保險經紀人。

SHIELD CONCIERGE – 一個電話, 衆多專家

不論是需要幫助查找主治醫師 (PCP) 或是配處方藥, 對帳單有疑問, 或想要一些健康指導, 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:

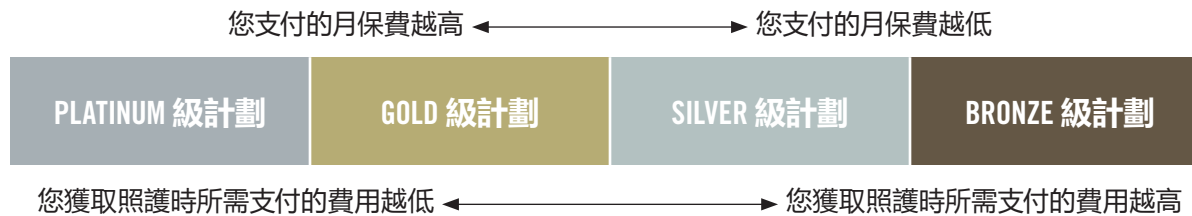
- 客戶服務代表
- 註冊護士
- 藥劑師
- 藥房技師
- 健康輔導員
- 社工

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 計劃與 BlueCard® 和 Blue Shield Global Core, 在全美境內以及境外出行均為您提供提供緊急和急診服務。

您的計劃選項

我們有多種 Trio HMO 健康計劃可供您選擇。為自己選擇一個合理的計劃，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。



PLATINUM 及 GOLD 級計劃

PLATINUM
90

GOLD
80

無自付額且低於大多數 Blue Shield 計劃共付額，若您經常看醫生，Platinum 和 Gold 級計劃是很好的選擇。

SILVER 級計劃

SILVER
70

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。

SILVER
94

SILVER
87

我們還透過 Covered California 提供三種 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 PPO
- Blue Shield Silver 87 PPO
- Blue Shield Silver 73 PPO

SILVER
73

BRONZE
7500

BRONZE 級計劃

若您很少看醫生，並且您想支付較低的月保費，而不用在獲得照護時支付較高的費用，這一高自付額計劃是很好的選擇。

隨時隨地與醫生交流

Teladoc 提供全年無休 (一年 365 天, 每週 7 天, 每天 24 小時) 造訪經美國董事會認證醫生, 小兒科醫生和心理健康專業人士的網絡, 可隨時就各種醫療和心理健康問題找他們諮詢, 也可透過電話或線上視訊諮詢來讓他們開具部分藥物。此項服務無共付額, 且在達到醫療自付額要求前, 可以提供該服務。

財政協助

您可能資格獲取 Covered California 提供的政府財政協助, 以支付您任何 Blue Shield Trio HMO 計劃項下的月保費。請造訪 [blueshieldca.com/assistance](https://www.blueshieldca.com/assistance) 以查看您的資格, 或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 Blue Shield 會員無需剪取、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、Vons 等大型零售商合作, Healthy Savings 可讓 Blue Shield 會員在購買健康食品時更省錢。請造訪 [blueshieldca.com/healthysavings](https://www.blueshieldca.com/healthysavings) 以瞭解更多關於此計劃 (無需額外費用即可獲取) 的資訊。



請參見第 5 頁的重要醫學術語定義, 它們很有助益。

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。

如欲獲得更多資訊，請造訪 blueshieldca.com/policies。

 = 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†
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
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
診所看診 – 主治醫師	\$15	\$35	\$35	\$35
診所看診 – 專科醫師	\$30	\$65	\$70	\$70
緊急照護看診	\$15	\$35	\$35	\$35
第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$5	\$15	\$15 ²	\$15 ²
第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$15	\$55	\$55 ²	\$55 ²
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$25	\$80	\$85 ²	\$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
化驗	\$15	\$40	\$40	\$40
X 光	\$30	\$75	\$85	\$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%
門診手術	\$100	\$300	20%	20%
未導致入院的急診室服務	\$150	\$350	\$400	\$400
救護車	\$150	\$250	\$255	\$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%
兒科牙科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼鏡	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副
脊椎指壓療法 (由 American Specialty Health Plans 網絡的脊椎治療師提供)	不承保	不承保	不承保	不承保
針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師提供)	\$15	\$35	\$35	\$35
日曆年醫療自付額 ⁴	\$0	\$0	每人 \$3,700/ 每個家庭 \$7,400	每人 \$3,700/ 每個家庭 \$7,400
日曆年最高付現額 (含自付額)	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
日曆年藥房自付額 ⁴	\$0	\$0	每人 \$10/ 每個家庭 \$20	每人 \$10/ 每個家庭 \$20

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，請參見《承保範圍說明書》(EOC)。您也可以查閱我們的福利和承保範圍摘要 (SBC) 表，以便在獲取服務時更好地瞭解計劃福利的整體概述以及您應當承擔的財務職責。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 coveredca.com 瞭解更多資訊。

* 該項計劃需要透過 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 健康計劃均可透過 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 健康計劃均可透過 Blue Shield 或 Covered California 投保，除非另外註明。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政府財政援助。

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。

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 所有處方藥適用於日曆年藥房自付額。

3 受日曆年醫療自付額限制。

4 家庭保險的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。

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。

如欲獲得更多資訊，請造訪 blueshieldca.com/policies。

 = 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 SILVER 94 TRIO HMO [†]	BLUE SHIELD SILVER 87 TRIO HMO [†]	BLUE SHIELD SILVER 73 TRIO HMO [†]	BLUE SHIELD BRONZE 7500 TRIO HMO*
透過所示內容提供的計劃	僅限 COVERED CALIFORNIA	僅限 COVERED CALIFORNIA	僅限 COVERED CALIFORNIA	僅限 BLUE SHIELD
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
診所看診 – 主治醫師	\$5	\$15	\$35	\$70
診所看診 – 專科醫師	\$8	\$25	\$70	\$80
緊急照護看診	\$5	\$15	\$35	\$70
第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$3	\$5	\$15 ²	\$25
第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$10	\$25	\$55 ²	\$115 ³
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$15	\$45	\$85 ²	\$160 ³
第 4 層級藥物 (最多 30 天的供給)	10% (每一處方最多 \$150)	15% (每一處方最多 \$150)	20% (每一處方最多 \$250) ²	50% (最多 \$500) ³
化驗	\$8	\$20	\$40	\$65
X 光	\$8	\$40	\$85	\$115
住院治療	10%	15%	20%	50%
門診手術	10%	15%	20%	50%
未導致入院的急診室服務	\$50	\$150	\$400	50%
救護車	\$30	\$75	\$250	50%
產科 – 分娩 (醫院)	10%	15%	20%	50%
兒科牙科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼鏡	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副
脊椎指壓療法 (由 American Specialty Health Plans 網絡的脊椎治療師提供)	不承保	不承保	不承保	\$20 (每年最多可看診 12 次)
針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師提供)	\$5	\$15	\$35	\$50
日曆年醫療自付額 ⁴	每人 \$75/ 每個家庭 \$150	每人 \$800/ 每個家庭 \$1,600	每人 \$3,700/ 每個家庭 \$7,400	每人 \$7,500/ 每個家庭 \$15,000
日曆年最高付現額 (含自付額)	每人 \$800/ 每個家庭 \$1,600	每人 \$2,850/ 每個家庭 \$5,700	每人 \$6,300/ 每個家庭 \$12,600	每人 \$8,350/ 每個家庭 \$16,700
日曆年藥房自付額 ⁴	\$0	\$0	每人 \$10/ 每個家庭 \$20	包含在 醫療自付額之中

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，請參見《承保範圍說明書》(EOC)。您也可以查閱我們的福利和承保範圍摘要 (SBC) 表，以便在獲取服務時更好地瞭解計劃福利的整體概述以及您應當承擔的財務職責。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 coveredca.com 瞭解更多資訊。

* 該項計劃需要透過 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 健康計劃均可透過 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 健康計劃均可透過 Blue Shield 或 Covered California 投保，除非另外註明。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政府財政援助。

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。
















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 所有處方藥適用於日曆年藥房自付額。

3 受日曆年醫療自付額限制。


4 家庭保險的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。

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 層級藥物** – Blue Shield 標準藥品處方集中的多數學名藥和低廉的首選品牌藥。
-  **第 2 層級藥物** – 由 Pharmacy & Therapeutics Committee (藥房和治療委員會) 根據 Blue Shield 標準藥物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 層級藥物** – 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 標準藥物處方集中，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 層級藥物** – 屬於生物製劑類藥物；美國食品藥物管理局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** – 由 Food and Drug Administration (FDA, 美國食品藥物管理局) 批准並依據藥物安全性、有效性和成本所選擇的藥物列表。
-  **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。

還有疑問或想要開始申請？

 造訪 blueshieldca.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 blueshieldca.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/ifpspecialty2022 瞭解更多資訊。

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