



個人和家庭

PPO

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。

PPO 健康計劃

使用 Blue Shield of California PPO (首選醫療服務提供者組織) 計劃自行獲得護理。該等計劃專為重視選擇醫生、專科醫師和醫院選擇權的會員而設計, 而無需轉介。Blue Shield of California PPO 計劃的專有 PPO 網絡覆蓋高達 58,000 多名醫生及 325 家醫院, 可以為您提供您所需要的選擇和靈活性。如需查找您所在區域的專有 PPO 網絡醫師和醫院, 請造訪 blueshieldca.com/networkifppo。

承保服務的費用總是在使用網絡內醫療服務提供者時最低。然而, PPO 計劃時常承保不參與我們的專有 PPO 網絡的醫療服務提供者處所獲得服務的部分費用。

您出行時亦受承保

不論您是商務出行還是休閒旅遊, Blue Shield PPO 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。

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全國性網絡, 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, 且在達到大多數計劃醫療保險自付額要求前, 可以提供該服務 (HDHP 計劃除外)。

財政協助

您可能資格獲取 Covered California 提供的財務協助, 以支付您任何 Blue Shield 計劃項下的月保費 (除 Minimum Coverage PPO 計劃以外)。* 請造訪 blueshieldca.com/assistance 以確認您的資格, 或聯絡您的保險經紀人或 Blue Shield, 以獲得完成資格認證的指引。

打算轉而尋找 HMO 計劃?

若您更偏好具有強大醫師和醫院優質網絡並且保費可能還更低的 HMO 計劃, 我們可以為您提供您所在區域的 Trio HMO 計劃。如需瞭解更多有關 HMO 計劃的資訊, 請向您的保險經紀人索取本手冊的 HMO 版或造訪 blueshieldca.com/getblue。



請參見第 7 頁的重要醫學術語定義, 它們很有助益。

* Blue Shield 無法決定您是否有資格獲得補貼。如果您決定透過 Covered California 申請健保計劃, Covered California 將會根據您的申請表中所填寫的信息確認您的購買資格和實際補貼金額。

如何選擇您的計劃

我們有多種類型的健康計劃供您選擇。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。

您支付的月保費越高 ←—————→ 您支付的月保費越低



您獲取照護時所需支付的費用越低 ←—————→ 您獲取照護時所需支付的費用越高

PLATINUM
90

PLATINUM 及 GOLD 級計劃

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。

GOLD
80

SILVER
70

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 PPO 計劃是很好的選擇。

SILVER
1750

如果您想要提供可預測的共付額之高價值、低費用的計劃，我們的 Silver 1750 PPO 計劃可能適合您。

SILVER
2600

若您想要可以向 health savings account* (HSA, 健康儲蓄帳戶) 供款的自付額健康計劃 (HDHP) 計劃，Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO 計劃可能適合您。您可以將稅收優惠款項匯入您自己的 HSA 帳戶，為未來醫療費用儲備資金。

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：

SILVER
73

- Blue Shield Silver 94 PPO
- Blue Shield Silver 87 PPO
- Blue Shield Silver 73 PPO

BRONZE
60

BRONZE 級計劃

若您不經常看醫生，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，這些計劃是很好的選擇。

BRONZE
HDHP
60

Silver 2600 HDHP PPO 不是您唯一的 HSA 相容計劃選項。我們還提供 Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 計劃。與 Silver 2600 HDHP PPO 計劃相比，您將為 Bronze 60 HDHP PPO 計劃支付更少的計劃保費，以換取使用服務時支付較高的費用。


MINIMUM
COVERAGE
60

MINIMUM COVERAGE PPO 計劃

如需符合此計劃的資格，您必須在 30 歲以下，或有資格透過 Covered California 獲得經濟困難豁免。若您很少看醫生並且希望支付最低月保費，此計劃是很好的選擇。

* 儘管大部分參保 HSA 相容高自付額健康計劃 (HDHP) 的人士都有資格開立 HSA，您應當先諮詢財務顧問，以決定在您的財務狀況下，您是否適合選擇 HSA/HDHP 計劃。Blue Shield 不為 HSA 提供稅務建議。可透過金融機構開立 HSA。如需瞭解更多有關 HSA、參與資格以及當前法律規定之資訊，請諮詢您的財務或稅務顧問。

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。如欲獲得更多資訊，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 將就您從專屬 PPO 網絡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 PPO	BLUE SHIELD GOLD 80 PPO	BLUE SHIELD SILVER 70 OFF EXCHANGE PPO*	BLUE SHIELD SILVER 70 PPO†
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 ⁴	\$15 ⁴
第 2 層級藥物（最多 30 天的供給）	\$15	\$55	\$55 ⁴	\$55 ⁴
第 3 層級藥物（最多 30 天的供給）	\$25	\$80	\$85 ⁴	\$85 ⁴
第 4 層級藥物（最多 30 天的供給）	10% (每個處方最高 \$250)	20% (每個處方最高 \$250)	20% (每個處方最高 \$250) ⁴	20% (每個處方最高 \$250) ⁴
化驗	\$15	\$40	\$40	\$40
X 光	\$30	\$75	\$85	\$85
住院治療	10%	20%	20%	20%
門診手術	10%	20%	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）	10%	20%	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
網絡內日曆年醫療自付額 ⁶	\$0	\$0	每人 \$3,700/ 每個家庭 \$7,400	每人 \$3,700/ 每個家庭 \$7,400
網絡內日曆年最高付現額（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
網絡內日曆年藥房自付額	\$0	\$0	每人 \$10/ 每個家庭 \$20 ⁶	每人 \$10/ 每個家庭 \$20 ⁶

* 該項 Blue Shield 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經濟援助。

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。如欲獲得更多資訊，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 將就您從專屬 PPO 網絡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 SILVER 94 PPO [†]	BLUE SHIELD SILVER 87 PPO [†]	BLUE SHIELD SILVER 73 PPO [†]	BLUE SHIELD SILVER 1750 PPO* [†]
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	\$40
診所看診 – 專科醫師	\$8	\$25	\$70	\$75
緊急照護看診	\$5	\$15	\$35	\$40
第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$3	\$5	\$15 ⁴	\$15 ⁴
第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$10	\$25	\$55 ⁴	\$60 ⁴
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$15	\$45	\$85 ⁴	\$80 ⁴
第 4 層級藥物 (最多 30 天的供給)	10% (每個處方最高 \$150)	15% (每個處方最高 \$150)	20% (每個處方最高 \$250) ⁴	35% (每個處方最高 \$250) ⁴
化驗	\$8	\$20	\$40	\$40
X 光	\$8	\$40	\$85	35%
住院治療	10%	15%	20%	35%
門診手術	10%	15%	20%	35%
未導致入院的急診室服務	\$50	\$150	\$400	35%
救護車	\$30	\$75	\$250	35%
產科 – 分娩 (醫院)	10%	15%	20%	35%
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	\$15 (每年最多可看診 15 次)
針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師提供)	\$5	\$15	\$35	\$40
網絡內日曆年醫療自付額 ⁶	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 \$1,750/ 每個家庭 \$3,500
網絡內日曆年最高付現額 (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 \$8,200/ 每個家庭 \$16,400
網絡內日曆年藥房自付額	\$0	\$0	每人 \$10/ 每個家庭 \$20 ⁶	每人 \$300/ 每個家庭 \$600 ⁶

* 該項 Blue Shield 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經濟援助。

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。如欲獲得更多資訊，請造訪 [blueshieldca.com/policies](https://www.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 將就您從專屬 PPO 網絡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 SILVER 2600 HDHP PPO*	BLUE SHIELD BRONZE 60 PPO	BLUE SHIELD BRONZE 60 HDHP PPO	BLUE SHIELD MINIMUM COVERAGE PPO
透過所示內容提供的計劃	僅限 BLUE SHIELD	BLUE SHIELD 以及 COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD 以及 COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD 以及 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	35%	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$65，在達到自付額標準之後，每次診療 \$65 ²	\$0	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$0，在達到自付額標準之後，每次診療 \$0 ³
診所看診 – 專科醫師	35%	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$95，在達到自付額標準之後，每次診療 \$95 ²	\$0	\$0
緊急照護看診	35%	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$65，在達到自付額標準之後，每次診療 \$65 ²	\$0	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$0，在達到自付額標準之後，每次診療 \$0 ³
第 1 層級藥物（最多 30 天的供給）	35%（每個處方最高 \$250） ⁵	\$18 ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
第 2 層級藥物（最多 30 天的供給）	35%（每個處方最高 \$250） ⁵	40%（每個處方最高 \$500） ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
第 3 層級藥物（最多 30 天的供給）	35%（每個處方最高 \$250） ⁵	40%（每個處方最高 \$500） ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
第 4 層級藥物（最多 30 天的供給）	35%（每個處方最高 \$250） ⁵	40%（每個處方最高 \$500） ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
化驗	35%	\$40	\$0	\$0
X 光	35%	40%	\$0	\$0
住院治療	35%	40%	\$0	\$0
門診手術	35%	40%	\$0	\$0
未導致入院的急診室服務	35%	40%	\$0	\$0
救護車	35%	40%	\$0	\$0
產科 – 分娩（醫院）	35%	40%	\$0	\$0
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）	35%（每年最多可看診 15 次）	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）	35%	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$65，在達到自付額標準之後，每次診療 \$65 ²	\$0	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$0，在達到自付額標準之後，每次診療 \$0 ³
網絡內日曆年醫療自付額 ⁶	每人 \$2,600/ 每個家庭 \$5,200	每人 \$6,300/ 每個家庭 \$12,600	每人 \$7,000/ 每個家庭 \$14,000	每人 \$8,700/ 每個家庭 \$17,400
網絡內日曆年最高付現額（含自付額）	每人 \$6,850/ 每個家庭 \$13,700	每人 \$8,200/ 每個家庭 \$16,400	每人 \$7,000/ 每個家庭 \$14,000	每人 \$8,700/ 每個家庭 \$17,400
網絡內日曆年藥房自付額	計入醫療自付額	每人 \$500/ 每個家庭 1,000 ⁶	計入醫療自付額	計入醫療自付額















* 該項 Blue Shield 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。

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。


- 1 所示的數額為允許費的一定比例。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 在達到日曆年醫療自付額要求前，您可享受三次診療，包括主治醫師、醫師出診、專科醫師、足病服務、Teladoc 諮詢、緊急照護、針灸、門診患者心理健康、門診物質使用障礙治療及其他健康從業人員處的就診。隨後的就診適用於日曆年醫療自付額。
- 3 在達到日曆年醫療自付額要求前，您可享受三次診療，包括主治醫師、醫師出診、足病服務、Teladoc 諮詢、緊急照護、針灸、門診患者心理健康、門診物質使用障礙治療及其他健康從業人員處的就診。隨後的就診適用於日曆年醫療自付額。
- 4 所有處方藥適用於日曆年藥房自付額。
- 5 所有處方藥適用於日曆年醫療自付額。
- 6 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

-  **HDHP** – 高自付額健康計劃。
-  **保費** – 您每個月支付給 Blue Shield 的醫療保險計劃的金額。
-  **第 1 層級藥物** – Blue Shield 標準藥品處方集中的多數學名藥和低價的首選品牌藥。
-  **第 2 層級藥物** – 由藥房和治療委員會 (Pharmacy & Therapeutics Committee) 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** – 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。
-  **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?

 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。

我們還提供牙科計劃、眼科計劃*及人壽保險*計劃, 不論您有沒有健康計劃, 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。