
個人及家庭計劃： Trio HMO

生效日期：2027 年 1 月



Blue Shield of California 的 Trio HMO



離家不遠，輕鬆找到您所需的醫療服務提供者

我們的 Trio HMO 計劃讓您能夠使用由當地優質醫生與醫院組成的網絡，這些醫療人員專注於提供護理，並協助會員順暢使用醫療保健系統。

選擇一位能指引您獲得所需護理的 IFP Trio HMO 網絡 Primary Care Physician（PCP，初級保健醫生）。*您可以選擇面對面看診的 PCP，或是讓您可在舒適家中透過視訊或電話看診的線上 PCP。若要尋找提供面對面或線上看診的 Trio HMO 醫生，請造訪 blueshieldca.com/networkifphmo。若要取得您所在地區的 Trio HMO 醫療團體與醫院清單，請造訪 blueshieldca.com/hmo-providers。

* 如果您不選擇 PCP，我們可能會指派一名線上 PCP。您隨時都可以更換 PCP。



如何選擇您的計劃

我們有多種 Trio HMO 計劃可供您選擇。若要找到適合您的計劃，請考慮您願意承擔的月保費以及接受醫療護理時願意支付的費用。通常，您的月保費越高，在獲得護理時您要支付的費用就越少。您選擇支付的月保費越低，在獲得護理時您要支付的費用就有可能越多。選擇最符合您需求的計劃。

財務協助

您可能資格獲得 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。例如，居住在 Orange 縣且年收入 \$125,000 的四口之家，每月可能有資格獲得 \$737 的補助。*或是居住在 Los Angeles 縣且年收入 \$40,000 的 30 歲單身人士，每月可能有資格獲得 \$171 的補助。請造訪 blueshieldca.com/getblue 以確認您的資格，或聯絡您的保險經紀人或 Blue Shield 指引您完成後續步驟。

* 四口之家的補助係以兩名 40 歲成人與兩名 10 歲及 13 歲兒童為基準。僅供說明之用。補助資格與金額由 Covered California 決定。

	Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
計劃可購自	僅限 Blue Shield	Blue Shield 以及 Covered California	Blue Shield 以及 Covered California

福利金額為會員接受網絡內醫療服務提供者護理時的費用

自付額與最高付現額

日曆年 醫療自付額	每位個人 \$7,500 / 每個家庭 \$15,000 ¹	每位個人 \$5,800 / 每個家庭 \$11,600 ¹	每位個人 \$4,700 / 每個家庭 \$9,400 ¹
日曆年 藥房自付額	包含在醫療自付額內	每位個人 \$450 / 每個家庭 \$900 ¹	每位個人 \$50 / 每個家庭 \$100 ¹
日曆年 最高付現額 ²	每位個人 \$11,650 / 每個家庭 \$23,300	每位個人 \$11,650 / 每個家庭 \$23,300	每位個人 \$11,650 / 每個家庭 \$23,300

來自醫療服務提供者的護理（醫生服務）

基本護理	預防性護理	\$0	\$0	\$0
	診所就診（面對面或遠距醫療）	\$65	\$60	\$50
專科醫生	診所就診（面對面或遠距醫療）	\$95	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次就診，每次 \$100，在達到自付額標準之後，每次 \$100 ³	\$100
心理健康 / 物質使用障礙	診所就診（面對面或遠距醫療）	\$65	\$60	\$50

檢驗與檢查（診斷性 X 光、影像檢查、病理和檢驗服務）

檢驗中心提供的檢驗與病理服務	\$65	\$50	\$50
門診放射中心提供的基礎影像檢查服務（包括 X 光與超音波）	\$115	40%（需計入自付額）	\$95

急診與緊急護理服務

急診室	醫生服務	50%	\$0	\$0
	醫療設施服務（若住院則免除）	50%（需計入自付額）	40%（需計入自付額）	每次就診 \$400
緊急護理中心服務	（面對面或遠距醫療）	每次就診 \$65	每次就診 \$60	每次就診 \$50

醫院護理（醫院環境下的住院與門診服務）

住院	醫生服務	50%	40%（需計入自付額）	30%
	醫療設施服務	50%（需計入自付額）	40%（需計入自付額）	30%（需計入自付額）



		Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
門診	醫生服務	每次手術 \$150	40% (需計入自付額)	30%
	醫療設施服務	50% (需計入自付額)	40% (需計入自付額)	30%
兒童牙科與眼科護理（針對 19 歲以下兒童之小兒牙科與眼科）				
牙科	口腔檢查	\$0	\$0	\$0
	預防性洗牙	\$0	\$0	\$0
	局部塗氟	\$0	\$0	\$0
眼科	綜合眼科檢查	\$0	\$0	\$0
	眼鏡 (精選鏡框) ⁴	\$0	\$0	\$0
	隱形眼鏡 (硬式或軟式、可選或非可選)	\$0	\$0	\$0
來自當地網絡內藥房或 Amazon Pharmacy 宅配的處方藥				
避孕藥品及器材	30 天份	\$0	\$0	\$0
第 1 層級	90 天份宅配	\$0	\$0	\$0
	30 天份	每份處方 \$15	每份處方 \$20	每份處方 \$20
	90 天份宅配	每份處方 \$45	每份處方 \$60	每份處方 \$60
第 2 層級	30 天份	每份處方 \$115 (需計入自付額)	40% (每份處方最高 \$500 且需計入藥房自付額)	每份處方 \$65 (需計入藥房自付額)
	90 天份宅配	每份處方 \$345 (需計入自付額)	40% (每份處方最高 \$1,500 且需計入藥房自付額)	每份處方 \$195 (需計入藥房自付額)
第 3 層級	30 天份	50% (每份處方最高 \$500 且需計入自付額)	40% (每份處方最高 \$500 且需計入藥房自付額)	每份處方 \$95 (需計入藥房自付額)
	90 天份宅配	50% (每份處方最高 \$1,500 且需計入自付額)	40% (每份處方最高 \$1,500 且需計入藥房自付額)	每份處方 \$285 (需計入藥房自付額)
第 4 層級	30 天份	50% (每份處方最高 \$500 且需計入自付額)	40% (每份處方最高 \$500 且需計入藥房自付額)	20% (每份處方最高 \$250 且需計入藥房自付額)
	90 天份宅配	50% (每份處方最高 \$1,500 且需計入自付額)	40% (每份處方最高 \$1,500 且需計入藥房自付額)	20% (每份處方最高 \$750 且需計入藥房自付額)

		Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
其他特色				
符合 Health Savings Account (HSA，健康儲蓄帳戶) 資格	若您對 HSA 有任何疑問，請諮詢您的財務或稅務顧問	是	是	否
州外護理承保	BlueCard® 服務區域	有限承保 - 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i> (承保範圍說明書)	有限承保 - 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>	有限承保 - 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>
其他專業服務	Teladoc Health 諮詢	\$0	\$0	\$0
	脊椎按摩服務	每次就診 \$20 (每位會員每個日曆年 12 次就診)	不承保	不承保

	Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
計劃可購自	僅限 Blue Shield	僅限 Covered California	僅限 Covered California

福利金額為會員接受網絡內醫療服務提供者護理時的費用

自付額與最高付現額

日曆年 醫療自付額	每位個人 \$4,700 / 每個家庭 \$9,400 ¹	每位個人 \$4,700 / 每個家庭 \$9,400 ¹	每位個人 \$1,100 / 每個家庭 \$2,200 ¹
日曆年 藥房自付額	每位個人 \$50 / 每個家庭 \$100 ¹	每位個人 \$50 / 每個家庭 \$100 ¹	每位個人 \$50 / 每個家庭 \$100 ¹
日曆年 最高付現額 ²	每位個人 \$11,650 / 每個家庭 \$23,300	每位個人 \$9,600 / 每個家庭 \$19,200	每位個人 \$4,000 / 每個家庭 \$8,000

來自醫療服務提供者的護理（醫生服務）

基本護理	預防性護理	\$0	\$0	\$0
	診所就診 （面對面或遠距 醫療）	\$50	\$50	\$15
專科醫生	診所就診 （面對面或遠距 醫療）	\$100	\$100	\$30
心理健康 / 物質使用障礙	診所就診 （面對面或遠距 醫療）	\$50	\$50	\$15

檢驗與檢查（診斷性 X 光、影像檢查、病理和檢驗服務）

檢驗中心提供的檢驗與病理服務	\$50	\$50	\$35
門診放射中心提供的基礎影像檢查服務（包括 X 光與超音波）	\$95	\$95	\$50

急診與緊急護理服務

急診室	醫生服務	\$0	\$0	\$0
	醫療設施服務 （若住院則免除）	每次就診 \$400	每次就診 \$400	每次就診 \$200
緊急護理中心 服務	（面對面或遠距 醫療）	每次就診 \$50	每次就診 \$50	每次就診 \$15

醫院護理（醫院環境下的住院與門診服務）

住院	醫生服務	30%	30%	20%
	醫療設施服務	30% （需計入自付額）	30% （需計入自付額）	20% （需計入自付額）
門診	醫生服務	30%	30%	20%
	醫療設施服務	30%	30%	20%



		Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
兒童牙科與眼科護理（針對 19 歲以下兒童之小兒牙科與眼科）				
牙科	口腔檢查	\$0	\$0	\$0
	預防性洗牙	\$0	\$0	\$0
	局部塗氟	\$0	\$0	\$0
眼科	綜合眼科檢查	\$0	\$0	\$0
	眼鏡 （精選鏡框） ⁴	\$0	\$0	\$0
	隱形眼鏡 （硬式或軟式、 可選或非可選）	\$0	\$0	\$0
來自當地網絡內藥房或 Amazon Pharmacy 宅配的處方藥				
避孕藥品及器材	30 天份	\$0	\$0	\$0
	90 天份宅配	\$0	\$0	\$0
第 1 層級	30 天份	每份處方 \$20	每份處方 \$20	每份處方 \$10
	90 天份宅配	每份處方 \$60	每份處方 \$60	每份處方 \$30
第 2 層級	30 天份	每份處方 \$65 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$65 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$30 （需計入藥房 自付額）
	90 天份宅配	每份處方 \$195 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$195 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$90 （需計入藥房 自付額）
第 3 層級	30 天份	每份處方 \$95 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$95 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$50 （需計入藥房 自付額）
	90 天份宅配	每份處方 \$285 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$285 （需計入藥房 自付額）	每份處方 \$150 （需計入藥房 自付額）
第 4 層級	30 天份	20% （每份處方最高 \$250 且需計入 藥房自付額）	20% （每份處方最高 \$250 且需計入 藥房自付額）	15% （每份處方最高 \$150 且需計入 藥房自付額）
	90 天份宅配	20% （每份處方最高 \$750 且需計入 藥房自付額）	20% （每份處方最高 \$750 且需計入 藥房自付額）	15% （每份處方最高 \$450 且需計入 藥房自付額）
其他特色				
符合 Health Savings Account (HSA) 資格	若您對 HSA 有 任何疑問，請諮 詢您的財務或稅 務顧問	否	否	否
州外護理承保	BlueCard [®] 服務 區域	有限承保 - 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>	有限承保 - 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>	有限承保 - 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>
其他專業服務	Teladoc Health 諮詢	\$0	\$0	\$0
	脊椎按摩服務	不承保	不承保	不承保



	Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
計劃可購自	僅限 Covered California	Blue Shield 以及 Covered California	Blue Shield 以及 Covered California

福利金額為會員接受網絡內醫療服務提供者護理時的費用

自付額與最高付現額

日曆年 醫療自付額	每位個人 \$200 / 每個家庭 \$400 ¹	\$0	\$0
日曆年 藥房自付額	\$0	\$0	\$0
日曆年 最高付現額 ²	每位個人 \$3,000 / 每個家庭 \$6,000	每位個人 \$9,600 / 每個家庭 \$19,200	每位個人 \$5,500 / 每個家庭 \$11,000

來自醫療服務提供者的護理（醫生服務）

基本護理	預防性護理	\$0	\$0	\$0
	診所就診 （面對面或遠距 醫療）	\$5	\$40	\$20
專科醫生	診所就診 （面對面或遠距 醫療）	\$8	\$80	\$45
心理健康 / 物質使用障礙	診所就診 （面對面或遠距 醫療）	\$5	\$40	\$20

檢驗與檢查（診斷性 X 光、影像檢查、病理和檢驗服務）

檢驗中心提供的檢驗與病理服務	\$10	\$40	\$25
門診放射中心提供的基礎影像檢查服務（包括 X 光與超音波）	\$10	\$85	\$35

急診與緊急護理服務

急診室	醫生服務	\$0	\$0	\$0
	醫療設施服務 （若住院則免除）	每次就診 \$50	每次就診 \$350	每次就診 \$225
緊急護理中心 服務	（面對面或遠距 醫療）	每次就診 \$5	每次就診 \$40	每次就診 \$20

醫院護理（醫院環境下的住院與門診服務）

住院	醫生服務	10%	\$0	\$0
	醫療設施服務	10% （需計入自付額）	每天 \$375 （每次住院最多 5 天）	每天 \$325 （每次住院最多 5 天）
門診	醫生服務	10%	每次就診 \$75	每次就診 \$50
	醫療設施服務	10%	20%	10%



		Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
兒童牙科與眼科護理（針對 19 歲以下兒童之小兒牙科與眼科）				
牙科	口腔檢查	\$0	\$0	\$0
	預防性洗牙	\$0	\$0	\$0
	局部塗氟	\$0	\$0	\$0
眼科	綜合眼科檢查	\$0	\$0	\$0
	眼鏡 （精選鏡框） ⁴	\$0	\$0	\$0
	隱形眼鏡 （硬式或軟式、 可選或非可選）	\$0	\$0	\$0
來自當地網絡內藥房或 Amazon Pharmacy 宅配的處方藥				
避孕藥品 及器材	30 天份	\$0	\$0	\$0
	90 天份宅配	\$0	\$0	\$0
第 1 層級	30 天份	每份處方 \$3	每份處方 \$19	每份處方 \$10
	90 天份宅配	每份處方 \$9	每份處方 \$57	每份處方 \$30
第 2 層級	30 天份	每份處方 \$10	每份處方 \$60	每份處方 \$25
	90 天份宅配	每份處方 \$30	每份處方 \$180	每份處方 \$75
第 3 層級	30 天份	每份處方 \$15	每份處方 \$90	每份處方 \$45
	90 天份宅配	每份處方 \$45	每份處方 \$270	每份處方 \$135
第 4 層級	30 天份	10% （每份處方最高 \$150）	20% （每份處方最高 \$250）	10% （每份處方最高 \$250）
	90 天份宅配	10% （每份處方最高 \$450）	20% （每份處方最高 \$750）	10% （每份處方最高 \$750）
其他特色				
符合 Health Savings Account (HSA) 資格	若您對 HSA 有 任何疑問，請諮 詢您的財務或稅 務顧問	否	否	否
州外護理承保	BlueCard® 服務 區域	有限承保 – 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>	有限承保 – 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>	有限承保 – 請參閱 <i>Evidence of Coverage</i>
其他專業服務	Teladoc Health 諮詢	\$0	\$0	\$0
	脊椎按摩服務	不承保	不承保	不承保

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。此文件並非合同。 只有使用 IFP Trio HMO 網絡內醫療服務提供者時，方可獲得計劃福利。 由您的網絡和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、緊急護理和後續護理除外。 如需完整的計劃詳細資訊，請參閱可於 blueshieldca.com/policies 取得的 *Evidence of Coverage*，或致電 **(888) 256-3650** 聯絡我們。

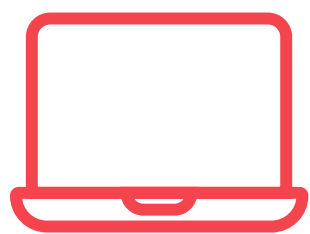


- 1 家庭保險的家庭自付額內有單獨的個人自付額。一旦會員滿足個人自付額的要求後，Blue Shield 將支付其家庭計劃中的個人會員福利。一旦滿足家庭自付額的要求後，Blue Shield 將支付所有受保家庭成員的承保福利。當兩位家庭成員滿足其個人自付額的要求後，或三位或以上的家庭成員的自付額總額達到家庭自付額限額後，即算滿足了家庭自付額。
- 2 家庭保險的整體家庭 Out of Pocket Maximum（OOPM，最高付現額）內包含個人 OOPM。一旦某位家庭成員達到其個人 OOPM，Blue Shield 即會為該成員支付 100% 的承保服務費用。一旦達到家庭 OOPM，Blue Shield 即會為所有受保家庭成員支付 100% 的費用。當兩位成員達到其個人 OOPM，或三位或以上成員合計的 OOPM 金額達到家庭限額時，即可達到家庭 OOPM。
- 3 在達到日曆年醫療自付額要求前，前三次就診適用 \$100 的共付額。會員將為後續就診支付全額合約費率，直至達到日曆年醫療自付額。此後，會員需再次為專科醫生診所看診支付 \$100 共付額。
- 4 精選鏡框是由福利管理機構預先挑選的鏡框，全額承保且無自付費用。非精選鏡框為其他標準零售或設計師鏡框，享有固定給付限額。





如有疑問、需要報價，或想要申請？



請造訪 blueshieldca.com/getblue 或聯絡您的保險經紀人。

Amazon Pharmacy 獨立於 Blue Shield of California，並與 Blue Shield 簽訂合約，向享有 Blue Shield 藥房福利的會員提供處方宅配服務。會員負責支付其福利計劃詳細資料中規定的費用分攤。

語言援助通知

For assistance in English at no cost, call **(866) 346-7198**. Para obtener asistencia en español sin cargo, llame al **(866) 346-7198**. 如果需要中文的免费帮助，请拨打这个号码 **(866) 346-7198**。

非歧視通知

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

