



此為 **Massachusetts Large Group** 計劃



本健康計劃符合最低可信承保範圍標準，且將滿足法規上個人必須擁有健康保險的要求。

Massachusetts 對於購買健康保險之規定：自 2009 年 1 月 1 日起，Massachusetts Health Care Reform Law（麻州健康照護改革法）規定：年滿十八 (18) 歲的 Massachusetts 居民，非因經濟狀況或個人困難而取得豁免者，皆必須具有符合最低可信承保範圍標準的健康保險，此標準由 Commonwealth Health Insurance Connector 制定。如需更多資訊，請致電 Connector：1-877-MA-ENROLL 或造訪 Connector 網站 (www.mahealthconnector.org)。本健康計劃符合 Minimum Creditable Coverage 標準，該標準自 2010 年 1 月 1 日起生效，為 Massachusetts Health Care Reform Law（麻州健康照護改革法）部分之一。如果您購買本計劃，您將滿足法律上個人須擁有符合上述標準的健康保險之規定。此份資料針對自 2010 年 1 月 1 日起生效的 Minimum Creditable Coverage 標準。由於此類標準可能有所變更，請每年查看您的健康計劃資料，以確認您的計劃是否符合最新標準。如您對此份說明有任何問題，請聯絡 Division of Insurance，電話為：(617) 5217794，或造訪網站 www.mass.gov/doi。



此份福利及承保範圍摘要 (SBC) 文件將協助您選擇一項健康計劃。此份 SBC 可告訴您，您和此計劃將如何共同負擔所涵蓋之健康照護服務的費用。請注意：關於本計劃費用（在此稱為保費）的資訊將另外單獨提供。

這份文件僅為摘要說明。如需更多有關承保範圍的資訊，或欲取得完整承保範圍條款的副本，請造訪 <https://www.tuftshealthplan.com/doc-links-lq> 或致電 800-462-0224。如需了解通用名詞的一般性解釋，例如：允許額、帳單餘額、共同保險、共付額、扣除額、提供者，或其他劃線名詞，請見「詞彙表」。您可造訪 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> 了解詞彙表，或致電 800-462-0224 索取一份副本。

重要問題	回答	詳細說明：
整體扣除額為何？	每一個計劃年度的醫療扣除額為：每人 \$1,000 / 每一家庭 \$2,000。	一般來說，此計劃在費用達到扣除額之後才會開始支付款項，在那之前您必須支付所有提供者所收取的費用。如您在此計劃中有其他家庭成員，則每一名家庭成員必須先達到他們個人的扣除額，直到所有家庭成員的扣除額總金額達到整體家庭扣除額為止。
這些服務在您達到扣除額前是否納入承保範圍？	是的。預防性照護、初級照護、專科人員 照護、急診室服務在您達到扣除額前皆有涵蓋。	即使您未達到扣除額金額，本計劃依然涵蓋某些項目和服務。但可能需支付共付額或共同保險。例如，此計劃涵蓋某些在您達到您的扣除額前，不需分攤費用的預防性服務。請造訪 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 參考所涵蓋的預防性服務清單。
是否有其他針對特定服務的扣除額？	無。	您無需為特定服務達到扣除額。
此計劃的最高自付額為多少？	每一個計劃年度的醫療和藥品費用為：每人 \$1,500 或每一家庭 \$3,000。	最高自付額為在每一年度內，您為承保服務所支付的最高金額。如果您在本計劃中有其他家庭成員，在整體家庭達到最高自付額前，他們必須先達到他們個人的最高自付額。
哪些項目未包含在最高自付額中？	保費、帳單餘額費用以及此計劃未涵蓋的健康照護。	即使您支付了這些費用，這些費用並不計入最高自付額中。
如果您使用網路內提供者，是否可以支付較少的費用？	是的。請造訪 https://www.tuftshealthplan.com 參閱：「搜尋醫師、醫院……」或致電 800-462-0224 索取網路內提供者清單。	此計劃包含了提供者網路。如您使用本計劃網路內醫療服務提供者，您將支付較少的費用。如您使用網路外提供者，您將支付最高的費用，且您可能會收到提供者的帳單，要求支付提供者之收費和您的計劃支付金額間的差額（帳單餘額）。請注意，您的網路內提供者可能會針對某些服務（如實驗室作業）使用網路外提供者。在您獲取服務前請先向您的提供者確認。
您是否需要轉介信以由一名專科人員看診？	是的。	此計劃將為所涵蓋的服務支付與專科人員看診的局部或全部費用，但您在由一名專科人員看診前需要先取得轉介信。



所有顯示在此圖表中的共付額和共同保險的費用是您達到扣除額後的金額（如適用扣除額時）。

一般醫療活動	您可能需要的服務	您所需支付的部分		限制、例外、和其他重要資訊 (每計劃年度之服務次數限制)
		參與計劃提供者 (您將支付最少金額)	非參與計劃提供者 (您將支付最多金額)	
如您在某健康照護醫療服務提供者的辦公室或診所看診	治療身體傷害或疾病於初級照護看診	\$30 共付額/看診；不適用扣除額	未承保	皆無
	專科人員看診	\$45 共付額/看診；不適用扣除額	未承保	可能需要預先授權。
	預防性照護/篩檢/疫苗接種	不收費，不適用扣除額	未承保	您可能需要支付非預防性服務的費用。請詢問您的醫療服務提供者所需服務是否屬於預防性。再來確認您的計劃將支付的部分。
如您需要檢驗	診斷性檢驗（X光、驗血）	10% 共同保險	未承保	可能需要預先授權。
	影像（CT/PET 掃描、MRI）	10% 共同保險	未承保	需要預先授權。
如您需要治療疾病或症狀的藥物	第 1 階——學名藥	\$20 共付額/配藥，或 \$5/配藥（低成本學名藥）（零售）；\$40 共付額/配藥，或 \$10/配藥（低成本學名藥）（郵購）；不適用扣除額	未承保	零售分攤費用可提供最多 30 日份；郵購分攤費用可提供最多 90 日份。某些藥物需要預先授權才可被涵蓋。某些藥物有數量限制。
	第 2 階——指定品牌藥和某些學名藥	\$40 共付額/配藥（零售）；\$80 共付額/配藥（郵購）；不適用扣除額		
	第 3 階——非指定品牌藥	\$80 共付額/配藥（零售）；\$240 共付額/配藥（郵購）；不適用扣除額		
如需更多有關處方藥承保範圍的資訊，請造訪 www.tuftshealthplan.com 此為 Massachusetts Large Group 計劃	專科藥	自一指定專門藥房購藥，並支付適當階數的共付額（見上述），限制供給數量為 30 日份。	未承保	限制供給數量為 30 日份。必須自一指定專門藥房取得。某些藥物需要預先授權才可被涵蓋。某些藥物有數量限制。某些專科藥也涵蓋在您的醫療福利中。

一般醫療活動	您可能需要的服務	您所需支付的部分		限制、例外、和其他重要資訊 (每計劃年度之服務次數限制)
		參與計劃提供者 (您將支付最少金額)	非參與計劃提供者 (您將支付最多金額)	
如您有門診手術	醫療設施費用 (例如門診手術中心)	10% 共同保險	未承保	某些手術需要預先授權才可涵蓋。
	內科醫師/外科醫師費用	10% 共同保險	未承保	
如您需立即性醫療性 照護	急診室照護	\$250 共付額 /看診； 扣除額 不適用		如住院可豁免 分攤費用
	急診醫療交通	10% 共同保險		某些 急診交通 需要預先授權才可被涵蓋。
	緊急照護	緊急照護 中心 (非醫院) - \$45 共付額 /看診； 扣除額 不適用 PCP - \$30 共付額 /看診； 扣除額 不適用 專科人員 - \$45 共付額 /看診； 扣除額 不適用		分攤費用 將依據看診的 提供者 種類和服務場所而有所不同。僅在服務區域外使用 非參與計劃提供者 的服務時才涵蓋。
如果您住院	醫療設施費用 (例如病房)	10% 共同保險	未承保	某些 住院 需要預先授權才可涵蓋。
	內科醫師/外科醫師費用	10% 共同保險	未承保	
如您需要心理健康、 行為健康，或物質濫 用服務	門診服務	\$30 共付額 /看診；不適用 扣除額	未承保	可能需要預先授權。
	住院服務	10% 共同保險	未承保	
如果您懷孕	看診	\$30 共付額 /看診；不適用 扣除額	未承保	分攤費用 不適用某些 預防性服務 。依據服務種類，可能適用 共付額 、 共同保險 或 扣除額 。懷孕照護可包括此份福利及費用摘要中他處所說明的檢驗和服務 (例如超音波)。
	新生兒/生產專業服務	10% 共同保險	未承保	
	新生兒/生產醫療設施 服務	10% 共同保險	未承保	

一般醫療活動	您可能需要的服務	您所需支付的部分		限制、例外、和其他重要資訊 (每計劃年度之服務次數限制)
		參與計劃提供者 (您將支付最少金額)	非參與計劃提供者 (您將支付最多金額)	
如您在復原過程中需要協助或有其他特別的健康需求	居家健康照護	10% 共同保險	未承保	需要預先授權。
	復健服務	10% 共同保險	未承保	短期物理和職能治療限制每種服務每年看診次數為 30 次。語言治療未設定限制。可能需要預先授權。
	創建服務	10% 共同保險	未承保	短期物理和職能治療限制每種服務每年看診次數為 30 次。語言治療未設定限制。可能需要預先授權。
	技能性護理照護	10% 共同保險	未承保	限制為每年 100 日需要預先授權。
	耐久性醫療設備	30% 共同保險 ; 扣除額 不適用	未承保	可能需要預先授權。
	安寧照護服務	10% 共同保險	未承保	需要預先授權。
如您的孩子需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查	\$30 共付額 /看診；不適用 扣除額	未承保	限制為每 12 個月至一名 EyeMed Vision Care 提供者 看診 1 次。
	兒童眼鏡	未承保	未承保	皆無
	兒童牙科檢查	未承保	未承保	皆無

排除服務與其他涵蓋之服務：

您的計劃通常「不」承保的服務（請參閱您的保單或計劃文件，以了解更多資訊和任何其他[排除服務](#)的清單）。

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 美容手術 • 牙科照護 (成人) • 長期照護/看護 | <ul style="list-style-type: none"> • 於美國境外旅行時之非急診照護 • 私人看護 • 例行性足部照護 | <ul style="list-style-type: none"> • 實驗性質或是調查性質，以教育性或發展性為目的，或未符合 Tufts Health Plan Medical Necessity Guidelines 的治療（您的計劃文件列有少數例外的說明） • 減重方案 |
|--|---|---|

其他承保服務（這些服務可能會有所限制。這並非完整的清單。請參閱您的計劃文件。）

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">針灸減重手術 | <ul style="list-style-type: none">脊骨神經醫學照護（整脊）助聽器（僅限 21 歲或以下者） | <ul style="list-style-type: none">不孕治療例行性眼科照護（成人） |
|---|---|--|

續保權利：

如您想在承保結束後續保，有些機構可幫助您。這些機構聯絡資訊為：勞工之員工福利與安全行政部 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) 電話：1-866-444-EBSA (3272) 或 <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform> 以及健康政策委任病患保護處 (Health Policy Commission, Office of Patient Protection)，Two Boylston St., 6th Fl., Boston MA 02116, (800)-436-7757 (電話)，HPC-OPP@state.ma.us。您也可獲取其他承保範圍選項，包括向 [Health Insurance Marketplace](#) 購買個人保險承保範圍。如需更多有關 [Marketplace](#) 的資訊，請造訪 <https://www.HealthCare.gov> 或致電 1-800-318-2596。如您是 Massachusetts 居民，請聯絡 <https://www.mahealthconnector.org>。

您的申訴和上訴權利：

如您想針對您計劃中要求被否決的問題提出抱怨，有些機構可以協助您。此種抱怨稱為申訴或上訴。如需更多有關您的權利的資訊，請參閱您即將收到，有關該項醫療要求的福利之說明。關於提交要求、上訴或申訴（針對任何與計劃相關的理由），您的計劃文件也有提供完整資訊。如需更多有關您的權利或本說明的資訊，或需要協助，請聯絡：Tufts Health Plan Member Services，電話：800-462-0224。或是您也可以寫信給我們，地址為：Tufts Health Plan, [Appeals](#) and [Grievances](#) Department, 705 Mt. Auburn St., P.O.Box 9193, Watertown, MA 02471-9193；或聯絡勞工之員工福利與安全行政部 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)，電話：1-866-444-EBSA (3272) 或 <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>；或健康政策委任病患保護處 (Health Policy Commission, Office of Patient Protection)，Two Boylston St., 6th Fl., Boston MA 02116，(800)-436-7757（電話），HPC-OPP@state.ma.us。此外，我們有顧客協助方案可協助您提出上訴。聯絡方式：MA：醫療照護中心 (Health Care for All), One Federal Street, Boston, MA 02110, 1-800-272-4232, <https://www.hcfama.org>。

此計劃是否提供最低基本承保範圍？是

最低基本承保範圍一般包含 [Marketplace](#) 或其他個別市場的計劃或健康保險、聯邦醫療保險 (Medicare)、Medicaid、CHIP、TRICARE，和其他特定承保範圍。如您符合特定類型的最低基本承保範圍，您可能就不符合保費稅額抵免優惠的資格。

此計劃是否符合最低價值標準？是

如您的計劃未符合最低價值標準，則您可能符合保費稅額抵免優惠的資格，以協助您透過 [Marketplace](#) 支付一項計劃。

語言服務：

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 800-462-0224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 800-462-0224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 800-462-0224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 800-462-0224.

請參閱下一頁以查看說明此計劃可能如何涵蓋某一樣本醫療狀況的範例。

關於這些承保範圍的範例：



這不是費用評估工具。所顯示的治療方式僅為範例，說明此計劃可能如何涵蓋醫療照護。您的實際費用將視您實際獲得的照護、您提供者的收費價格，以及其他眾多因素而有所不同。重點為根據此計劃的分攤費用金額（扣除額、共付額和共同保險）以及排除服務。將此資訊與您根據不同健康計劃可能需要支付的部分相比較。請注意，這些承保範圍範例是根據僅含自身的承保範圍。

Peg 即將要生產

（懷胎 9 個月，使用網路內出生前照護和醫院接生服務）

- 本計劃整體扣除額 \$1,000
- 專科人員共付額 \$45
- 醫院（設施）共同保險 10%
- 計劃共同保險 10%

此範例包括如下服務：

- 專科人員看診（產前護理）
- 新生兒/生產專業服務
- 新生兒/生產醫療設施服務
- 診斷性檢驗（超音波和驗血）
- 專科人員看診（麻醉）

範例總費用 **\$12,700**

在此範例中，佩琪將支付：

分攤費用	
扣除額	\$1,000
共付額	\$0
共同保險	\$500
未納入承保範圍	
限制或排除	\$0
佩琪將支付的總費用為	\$1,500

Joe 的第二型糖尿病管理

（接受一年例行性網路內照護，控制狀況良好）

- 本計劃整體扣除額 \$1,000
- 專科人員共付額 \$45
- 醫院（設施）共同保險 10%
- 計劃共同保險 10%

此範例包括如下服務：

- 初級照護內科醫師看診（包含疾病教育）
- 診斷性檢驗（驗血）
- 處方藥
- 持久性醫療設備（血糖儀）

範例總費用 **\$5,600**

在此範例中，喬伊將支付：

分攤費用	
扣除額	\$100
共付額	\$1,400
共同保險	\$0
未納入承保範圍	
限制或排除	\$20
喬伊將支付的總費用為	\$1,520

Mia 的單純性骨折

（使用網路內急診室看診和追蹤 照護）

- 本計劃整體扣除額 \$1,000
- 專科人員共付額 \$45
- 醫院（設施）共同保險 10%
- 計劃共同保險 10%

此範例包括如下服務：

- 急診室照護（包含醫療用品）
- 診斷性檢驗（X光）
- 持久性醫療設備（拐杖）
- 復健服務（物理治療）

範例總費用 **\$2,800**

在此範例中，米亞將支付：

分攤費用	
扣除額	\$1,000
共付額	\$400
共同保險	\$100
未納入承保範圍	
限制或排除	\$0
米亞將支付的總費用為	\$1,500

本計劃將對這些「範例」承保服務的其他費用負責。

附錄

歧視行為違反法律

Tufts Health Plan 符合適用的聯邦民權法，不在種族、膚色、國籍、年齡、殘障或性別方面給予差別待遇。Tufts Health Plan 不因種族、膚色、原始國籍、年齡、殘障或性別的原因而將特定人士排除在外，或以不同方式對待特定人士。

Tufts Health Plan:

- 根據 1990 年聯邦《美國人和失能法案》(Americans with Disabilities Act)以及 1973 年聯邦《復健法案》(Rehabilitation Act) 第 504 章提供完整和平等的涵蓋服務。包括為對於與我們有效溝通有障礙者提供協助與服務，例如：
 - 以其他格式 (大號字體、語音、易讀電子格式、其他格式) 書寫的資訊
- 為主要語言非英語者提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯人員
 - 以其他語種書寫的資訊

如您需要上述任何服務、任何有關提供者資訊的問題，或想要通報不正確之處或網路目錄取得問題，請聯絡 Tufts Health Plan Member Services：800-462-0224。

如欲以電子通訊方式通報提供者目錄不正確之處，請造訪 <https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor> 並選擇您的計劃。搜尋或選擇您認為資訊需要更新的提供者，並按一下「告訴我們有地方需要變更」。

請注意，如您有關於提供者目錄不正確的抱怨或提供者網路取得問題，也可以隨時聯絡 Commonwealth of Massachusetts Division of Insurance：(877) 563-4467，或是：www.mass.gov/doi。

如果您認為 Tufts Health Plan 無法提供這些服務，或在種族、膚色、國籍、年齡、失能或性別方面給予歧視待遇，您可以透過以下方式提出申訴：

Tufts Health Plan，收件人：

Civil Rights Coordinator Legal Dept.

705 Mt. Auburn St. Watertown, MA 02472

電話：888.880.8699 分機：48000，[TTY 號碼 - 800.439.2370 或 711]

傳真：617.972.9048

電子信箱：OCRCoordinator@tufts-health.com

您可以親自或透過郵寄、傳真或電子郵件的方式提出申訴。如果您需要有關提出申訴的協助，Tufts Health Plan 民權協調員竭誠為您提供協助。

您也可以以電子方式透過「民權投訴辦公室入口網站」(Office for Civil Rights Complaint Portal) 向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦公室 (Office for Civil Rights) 提出民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵寄或電話方式：

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C.20201

800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

抱怨表單可由下列連結取得：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

tuftshealthplan.com | 800.462.0224

如需免費英語翻譯，請撥打您 ID 卡上的電話號碼。

Arabic للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم المدون على بطاقة الهوية الخاصة بك .

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打ID卡上的電話號碼。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le numéro indiqué sur votre carte d'identité.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die Telefonnummer auf Ihrer Ausweiskarte an.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα Ελληνικά, καλέστε τον αριθμό που αναγράφεται στην αναγνωριστική κάρτα σας.

Haitian Creole Pou jwenn tradiksyon gratis nan lang kreyòl ayisyen, rele nimewo ki sou kat ID ou a.

Italian Per richiedere la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, chiamare il numero indicato sulla carta di identità.

Japanese 日本語の無料翻訳についてはIDカードに書いてある番号に電話してください。

Khmer (Cambodian) សម្រាប់សេវាកម្មបំប្លែងភាសាខ្មែរទៅភាសាអង់គ្លេសឥតគិតថ្លៃ តាមលេខស្តីពីលេខនៅលើកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

Korean 한국어로 무료 통번역을 원하시면, ID 카드에 있는 번호로 연락하십시오.

Laotian ສໍາລັບການແປພາສາເປັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ເທິງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

Navajo Doo bááłh ilíní da Diné k'ehjí álnéehgo, hodiilnih béesh bee hani'é bee neé ho'dílzingo nantinigíí bikáá'.

Persian. بزنید زنگ تان شناسائی کارت در مندرج تلفن شماره به فارسی رایگان ترجمه برای.

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer znajdujący się na Pana/i dowodzie tożsamości.

Portuguese Para tradução grátis para o português, ligue para o número no seu cartão de identificação.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру, указанному на идентификационной карточке.

Spanish Para servicios de traducción gratuitos en español, llame al número que aparece en su tarjeta de miembro.

Tagalog Para sa walang bayad na pagsasalin sa Tagalog, tawagan ang numero na nasa inyong ID card.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số trên thẻ căn cước của bạn.

-本頁預留為空白。-