



This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document at <https://hrworkways.com/cintas> or by calling (866) 256-6559.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	\$500 Individual / \$1,000 Family for in-network providers. Does not apply to preventive care and hospice. \$1,000 Individual / \$2,000 Family for out-of-network providers. Does not apply to hospice. In-network and out-of-network deductibles do not cross apply.	You must pay all costs up to the <u>deductible</u> amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the <u>deductible</u> starts over (usually, but not always, January 1st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the <u>deductible</u> .
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
Is there an <u>out-of-pocket limit</u> on my expenses?	Yes. \$3,000 Individual / \$6,000 Family for in-network providers. \$6,000 Individual / \$12,000 Family for out-of-network providers. In-network and out-of-network out of pocket limits do not cross apply. Prescription drugs: \$3,250 Individual / \$6,500 Family.	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay during a coverage period (usually one year) for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for health care expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	Prescription drugs, premiums, balance-billed charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Is there an overall annual limit on what the plan pays?	No.	The chart starting on page 2 describes any limits on what the plan will pay for <i>specific</i> covered services, such as office visits.
Does this plan use a <u>network of providers</u> ?	Yes, Blue Card PPO. For a list of in-network providers, access www.anthem.com or call (866) 256-6559.	If you use an in-network doctor or other health care <u>provider</u> , this plan will pay some or all of the costs of covered services. Be aware, your in-network doctor or hospital may use an out-of-network <u>provider</u> for some services. Plans use the term in-network, <u>preferred</u> , or participating for <u>providers</u> in their <u>network</u> . See the chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of <u>providers</u> .

Questions: Call (866) 256-6559 or visit us at <http://hrworkways.com/cintas>.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary

at www.dol.gov/ebsa/healthreform or call (866) 256-6559 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
Do I need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without permission from this plan.
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services this plan doesn't cover are listed on page 5. See your policy or plan document for additional information about excluded services .



- **Copayments** are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered health care, usually when you receive the service.
- **Coinsurance** is *your* share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the **allowed amount** for the service. For example, if the plan's **allowed amount** for an overnight hospital stay is \$1,000, your **coinsurance** payment of 20% would be \$200. This may change if you haven't met your **deductible**.
- The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network hospital charges \$1,500 for an overnight stay and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
- This plan may encourage you to use **In-Network providers** by charging you lower **deductibles**, **copayments** and **coinsurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost if You Use an In-Network Provider	Your Cost if You Use an Out-of-Network Provider	Limitations & Exceptions
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$30 copay per visit	40% coinsurance	In-network: \$20 copay per visit if using LiveHealth Online.
	Specialist visit	\$30 copay per visit	40% coinsurance	-----none-----
	Other practitioner office visit	\$30 copay per visit for spinal manipulative therapy and acupuncture	40% coinsurance for spinal manipulative therapy and \$30 copay per visit for acupuncture	Manipulative therapy coverage for in-network providers and out-of-network providers combined is limited to 30 visits per benefit period for spinal manipulation only. Deductible/coinsurance apply if done in a facility setting in-network or out-of-network. Costs may vary by site of service.
If you have a test	Preventive care/screening/immunization	No charge	40% coinsurance	-----none-----
	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% coinsurance	40% coinsurance	For lab and x-ray – office. Pre-certification may be required.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost if You Use an In-Network Provider	Your Cost if You Use an Out-of-Network Provider	Limitations & Exceptions
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.caremark.com .	Generic drugs	Retail: \$10 copay Mail Order: \$20 Copay	Retail and Mail Order: Not Covered	Retail: 30-day supply Mail Order: 90-day supply
	Preferred brand drugs	Retail: 20% coinsurance subject to a \$30 copay minimum/ \$75 copay maximum Mail Order: 20% coinsurance subject to a \$60 copay minimum/ \$150 copay maximum	Retail and Mail Order: Not covered	Retail: 30-day supply Mail Order: 90-day supply
	Non-preferred brand drugs	Retail: 40% coinsurance subject to a \$60 copay minimum/ \$150 copay maximum Mail Order: 40% coinsurance subject to a \$120 copay minimum/ \$300 copay maximum	Retail and Mail Order: Not covered	Retail: 30-day supply Mail Order: 90-day supply
	Specialty drugs	Covered as above per generic/preferred brand/non-preferred brand status of each drug.	Not covered	Call 1 (800) 237-2767 for details.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	40% coinsurance	In-network: Office visit copay applies if performed in an office setting. Costs may vary by site of service.
If you need immediate medical attention	Emergency room services	\$250 copay per visit	Covered as in-network	Copay waived if admitted. Pre-certification may be required if admitted.
	Emergency medical transportation	No charge.	Covered as in-network	-----none-----
	Urgent care	\$50 copay per visit	40% coinsurance	-----none-----
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.
	Physician/surgeon fee	20% coinsurance	40% coinsurance	Costs may vary by site of service.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost if You Use an In-Network Provider	Your Cost if You Use an Out-of-Network Provider	Limitations & Exceptions
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient services	\$30 copay per visit	40% coinsurance	-----none-----
	Mental/Behavioral health inpatient services	20% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.
	Substance use disorder outpatient services	\$30 copay per visit	40% coinsurance	-----none-----
	Substance use disorder inpatient services	20% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	\$30 copay per visit	40% coinsurance	In-network: Copay applies to initial visit only. Costs may vary by site of service.
	Delivery and all inpatient services	20% coinsurance	40% coinsurance	No charge for newborn nursery care if not admitted. Pre-certification may be required.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	20% coinsurance	40% coinsurance	In-network and out-of-network combined: Limited to 120 visits per benefit period.
	Rehabilitation services	\$30 copay per visit	40% coinsurance	In-network and out-of-network combined: Limited to 30 visits per benefit period for physical, occupational and speech therapy. Costs may vary by site of service.
	Habilitation services	\$30 copay per visit	40% coinsurance	Habilitation visits count toward the rehabilitation limit. Costs may vary by site of service.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.
	Hospice service	No charge	No charge	Pre-certification may be required.
If your child needs dental or eye care	Eye exam	No charge	40% coinsurance	Limited to one exam per year.
	Glasses	20% coinsurance	40% coinsurance	Limited to services following cataract surgery only.
	Dental check-up	Not covered	Not covered	Limited to services following accidental injury to teeth or surgical removals.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other excluded services.)

- Cosmetic surgery
- Dental care (adult)
- Hearing aids
- Infertility treatment (diagnosis is covered)
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Routine foot care unless you have been diagnosed with diabetes
- Weight loss programs

Other Covered Services (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other covered services and your costs for these services.)

- Acupuncture
- Bariatric surgery
- Chiropractic Care
- Most coverage provided outside the United States. Access www.bcbs.com/bluecardworldwide
- Routine eye care (adult)

Your Rights to Continue Coverage:

If you lose coverage under the plan, then, depending upon the circumstances, Federal and State laws may provide protections that allow you to keep health coverage. Any such rights may be limited in duration and will require you to pay a **premium**, which may be significantly higher than the premium you pay while covered under the plan. Other limitations on your rights to continue coverage may also apply.

For more information on your rights to continue coverage, contact the plan at **(866) 256-6559**. You may also contact your state insurance department, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at **(866) 444-3272** or www.dol.gov/ebsa, or the U.S. Department of Health and Human Services at **(877) 267-2323 x61565** or www.cciio.cms.gov.

Your Grievance and Appeals Rights:

If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to **appeal** or file a **grievance**. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can contact <http://hrworkways.com/cintas> or call **(866) 256-6559**. You can also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at **(866) 444-EBSA (3272)** or visit www.dol.gov/ebsa/healthreform. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. A list of states with Consumer Assistance Programs is available at www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

The Affordable Care Act requires most people to have health care coverage that qualifies as “minimum essential coverage.” **This plan or policy does provide minimum essential coverage.**

Does this Coverage Meet the Minimum Value Standard?

The Affordable Care Act establishes a minimum value standard of benefits of a health plan. The minimum value standard is 60% (actuarial value). **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-256-6559.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-256-6559.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-256-6559.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-866-256-6559.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

About These Coverage Examples:

These examples show how this plan might cover medical care in given situations. Use these examples to see, in general, how much financial protection a sample patient might get if they are covered under different plans.



This is not a cost estimator.

Don't use these examples to estimate your actual costs under this plan. The actual care you receive will be different from these examples, and the cost of that care will also be different.

See the next page for important information about these examples.

Having a baby (normal delivery)

- Amount owed to providers: \$7,540
- Plan pays \$6,050
- Patient pays \$1,490

Sample care costs:

Hospital charges (mother)	\$2,700
Routine obstetric care	\$2,100
Hospital charges (baby)	\$900
Anesthesia	\$900
Laboratory tests	\$500
Prescriptions	\$200
Radiology	\$200
Vaccines, other preventive	\$40
Total	\$7,540

Patient pays:

Deductibles	\$500
Copays	\$50
Coinsurance	\$790
Limits or exclusions	\$150
Total	\$1,490

Managing type 2 diabetes (routine maintenance of a well-controlled condition)

- Amount owed to providers: \$5,400
- Plan pays \$3,900
- Patient pays \$1,500

Sample care costs:

Prescriptions	\$2,900
Medical Equipment and Supplies	\$1,300
Office Visits and Procedures	\$700
Education	\$300
Laboratory tests	\$100
Vaccines, other preventive	\$100
Total	\$5,400

Patient pays:

Deductibles	\$0
Copays	\$1,400
Coinsurance	\$0
Limits or exclusions	\$100
Total	\$1,500

Questions and answers about the Coverage Examples:

What are some of the assumptions behind the Coverage Examples?

- Costs don't include **premiums**.
- Sample care costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services, and aren't specific to a particular geographic area or health plan.
- The patient's condition was not an excluded or preexisting condition.
- All services and treatments started and ended in the same coverage period.
- There are no other medical expenses for any member covered under this plan.
- Out-of-pocket expenses are based only on treating the condition in the example.
- The patient received all care from in-network **providers**. If the patient had received care from out-of-network **providers**, costs would have been higher.

What does a Coverage Example show?

For each treatment situation, the Coverage Example helps you see how **deductibles**, **copayments**, and **coinsurance** can add up. It also helps you see what expenses might be left up to you to pay because the service or treatment isn't covered or payment is limited.

Does the Coverage Example predict my own care needs?

✗ **No**. Treatments shown are just examples. The care you would receive for this condition could be different based on your doctor's advice, your age, how serious your condition is, and many other factors.

Does the Coverage Example predict my future expenses?

✗ **No**. Coverage Examples are **not** cost estimators. You can't use the examples to estimate costs for an actual condition. They are for comparative purposes only. Your own costs will be different depending on the care you receive, the prices your **providers** charge, and the reimbursement your health plan allows.

Can I use Coverage Examples to compare plans?

✓ **Yes**. When you look at the Summary of Benefits and Coverage for other plans, you'll find the same Coverage Examples. When you compare plans, check the "Patient Pays" box in each example. The smaller that number, the more coverage the plan provides.

Are there other costs I should consider when comparing plans?

✓ **Yes**. An important cost is the **premium** you pay. Generally, the lower your **premium**, the more you'll pay in out-of-pocket costs, such as **copayments**, **deductibles**, and **coinsurance**. You should also consider contributions to accounts such as health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) or health reimbursement accounts (HRAs) that help you pay out-of-pocket expenses.

Questions: Call (866) 256-6559 or visit us at <http://hrworkways.com/cintas>.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary.

You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/healthreform or call (866) 256-6559 to request a copy.



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en <https://hrworkways.com/cintas> o llamar al **(866) 256-6559**.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	<p>\$500 por una persona/\$1,000 por familia para proveedores dentro de la red. No se aplica a atención preventiva y centros para enfermos terminales.</p> <p>\$1,000 por una persona/\$2,000 por familia para proveedores fuera de la red. No se aplica a centros para enfermos terminales. Los deducibles dentro y fuera de la red no se acumulan entre sí.</p>	<p>Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible a fin de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte su póliza o los documentos del plan para saber la fecha en que comienza el deducible (normalmente, aunque no siempre, el 1.º de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos una vez que ha alcanzado el deducible.</p>
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance los deducibles correspondientes a servicios específicos; no obstante, consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	<p>Sí. \$3,000 por una persona/\$6,000 por familia para proveedores dentro de la red. \$6,000 por una persona/\$12,000 por familia para proveedores fuera de la red. Los límites de gastos de bolsillo dentro y fuera de la red no se acumulan entre sí. Medicamentos recetados: \$3,250 por una persona/\$6,500 por familia.</p>	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Medicamentos recetados, primas, cargos correspondientes a facturación de saldo y atención médica que no cubra este plan.	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan ?	No.	En la tabla que comienza en la página 2, se describen los límites sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> ; por ejemplo, visitas al consultorio.

Preguntas: Llame al **(866) 256-6559** o visite <http://hrworkways.com/cintas>

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llame al **(866) 256-6559** y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí, Blue Card PPO. Si desea obtener una lista de proveedores dentro de la red, visite www.anthem.com o llame al (866) 256-6559 .	Si consulta a un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que, para algunos servicios, es posible que su médico u hospital dentro de la red utilicen un proveedor fuera de la red. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para hacer referencia a los proveedores que pertenecen a su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber de qué manera este plan paga a los diversos tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de permiso de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 6. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los servicios excluidos .



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores dentro de la red** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$30 de copago por visita	40% de coseguro	Dentro de la red: \$20 de copago por visita si utiliza LiveHealth Online.
	Consulta con un especialista	\$30 de copago por visita	40% de coseguro	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$30 de copago por visita para terapia de manipulación de la columna y acupuntura	40% de coseguro para terapia de manipulación de la columna y \$30 de copago por visita para acupuntura	La cobertura de terapia de manipulación para proveedores dentro de la red y fuera de la red en forma combinada tiene un límite de 30 visitas por periodo de beneficios para manipulación de la columna únicamente. Se aplica un deducible/coseguro si se lleva a cabo en un centro dentro o fuera de la red. Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio.
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Para servicios de laboratorio y radiología – Consultorio Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
Si necesita un medicamento Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite www.caremark.com .	Medicamentos genéricos	Venta minorista: \$10 de copago Venta por correo: \$20 de copago	Venta minorista y venta por correo: Sin cobertura	Venta minorista: suministro para 30 días Venta por correo: suministro para 90 días
	Medicamentos de marca preferidos	Venta minorista: 20% de coseguro sujeto a un mínimo de \$30 de copago/un máximo de \$75 de copago Venta por correo: 20% de coseguro sujeto a un mínimo de \$60 de copago/un máximo de \$150 de copago	Venta minorista y venta por correo: Sin cobertura	Venta minorista: suministro para 30 días Venta por correo: suministro para 90 días

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos de marca no preferidos	Venta minorista: 40% de coseguro sujeto a un mínimo de \$60 de copago/un máximo de \$150 de copago Venta por correo: 40% de coseguro sujeto a un mínimo de \$120 de copago/un máximo de \$300 de copago	Venta minorista y venta por correo: Sin cobertura	Venta minorista: suministro para 30 días Venta por correo: suministro para 90 días
	Medicamentos especiales	Cubiertos según lo anterior en función del estatus de genérico/de marca preferido/de marca no preferido de cada medicamento.	Sin cobertura	Para obtener más información, llame al 1 (800) 237-2767 .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Dentro de la red: Se aplica copago de visita al consultorio si se lleva a cabo en un consultorio. Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio.
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$250 de copago por visita	Cubierto como servicio dentro de la red	El copago se cancela si el paciente es admitido. Es posible que se requiera una certificación previa al servicio si el paciente es admitido.
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	Cubierto como servicio dentro de la red	-----ninguna-----
	Cuidado urgente	\$50 de copago por visita	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$30 de copago por visita	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$30 de copago por visita	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$30 de copago por visita	40% de coseguro	Dentro de la red: El copago se aplica solo a la visita inicial. Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio.
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	40% de coseguro	Sin cargo para atención para recién nacidos si el paciente no es admitido. Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Servicios combinados dentro y fuera de la red: Límite de 120 visitas por periodo de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	\$30 de copago por visita	40% de coseguro	Servicios combinados dentro y fuera de la red: Límite de 30 visitas por periodo de beneficios para terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$30 de copago por visita	40% de coseguro	Las visitas para recuperación de las habilidades se tienen en cuenta para alcanzar el límite de rehabilitación. Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio.
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cargo	Es posible que se requiera una certificación previa al servicio.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	40% de coseguro	Tiene un límite de un examen por año.
	Anteojos	20% de coseguro	40% de coseguro	Limitado únicamente a los servicios posteriores a una cirugía de cataratas.
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	Limitado a los servicios posteriores a una lesión accidental en los dientes o extracciones quirúrgicas.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Cuidado dental (adultos) • Dispositivos para la audición 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento por infertilidad (se cubre el diagnóstico) • Atención a largo plazo • Servicios de enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies, salvo que le hayan diagnosticado diabetes • Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • La mayor parte de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbs.com/bluecardworldwide 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina de la vista (adultos)

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura del plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales le ofrezcan protecciones que le permitan mantener su cobertura médica. Tales derechos pueden ser limitados en duración y exigirán el pago de una **prima**, que puede ser notablemente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible, además, que sean aplicables otras limitaciones en sus derechos de continuidad de la cobertura.

Para obtener más información acerca de sus derechos de continuidad de la cobertura, comuníquese con el plan llamando al **(866) 256-6559**. También puede comunicarse con su departamento de seguros estatal, con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al **(866) 444-3272** o a través de www.dol.gov/ebsa, o bien con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al **(877) 267-2323, interno 61565**, o a través de www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse a través del sitio web, <http://hrworkways.com/cintas>, o por teléfono al **(866) 256-6559**. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al **(866) 444-EBSA (3272)** o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Asimismo, un programa de ayuda al consumidor puede ayudarlo en la presentación de su apelación. Puede encontrar una lista de estados con Programas de Ayuda al Consumidor en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Esta cobertura proporciona una cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act) requiere que la mayor parte de las personas cuenten con una cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona una cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act) establece un estándar de valor mínimo de beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica cumple con el estándar de valor mínimo respecto de los beneficios que proporciona.**

Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-256-6559.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-256-6559.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-256-6559.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-866-256-6559.

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga \$6,050
- Usted paga \$1,490

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$500
Copagos	\$50
Coseguro	\$790
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$1,490

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$3,900
- Usted paga \$1,500

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$100
Total	\$1,500

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo, usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También lo ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que lo ayudan con los gastos de bolsillo.

Preguntas: Llame al (866) 256-6559 o visite <http://hrworkways.com/cintas>

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario

en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llame al (866) 256-6559 y pida una copia.

Cintas Corporation: Basic Preferred Provider Organization

保單期限：2017 年 1 月 1 日 - 2017 年 12 月 31 日

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用

承保對象：個人/家庭 | 計劃類型：PPO



這不是一份保單。如果您需要有關您的承保範圍和費用的詳情，可造訪 <https://hrworkways.com/cintas> 或撥打 (866) 256-6559 獲取保單內的完整條款或保險計劃文件。

重要問題	答案	重要之因：
什麼是總自付額？	<p>\$500 個人/\$1,000 家庭（網絡內醫療服務提供者）。</p> <p>不適用於預防照護和善終服務。</p> <p>\$1,000 個人/\$2,000 家庭（網絡外醫療服務提供者）。</p> <p>不適用於善終服務。</p> <p>不適用網絡內和網絡外自付額。</p>	您必須支付所有費用至達到 自付額 金額為止，之後本健康保險計劃方可開始支付您所使用的承保服務。請查看您的保單或保險計劃文件，以瞭解 自付額 何時重新開始計算（通常為 1 月 1 日，但亦可能有例外）。請參閱從第 2 頁開始的圖表，以瞭解達到 自付額 後，您必需支付的承保服務費用。
具體服務有其他的自付額嗎？	沒有。	對具體服務無需達到 自付額 ，但請參閱從第 2 頁開始的圖表，瞭解本計劃承保服務的其他費用。
在我的費用中有自付限額嗎？	<p>是。\$3,000 個人/\$6,000 家庭（網絡內醫療服務提供者）。\$6,000 個人/\$12,000 家庭（網絡外醫療服務提供者）。</p> <p>不適用網絡內和網絡外自付限額。</p> <p>處方藥：\$3,250（個人）/\$6,500（家庭）。</p>	自付限額 是您在保單期限內（通常為一年）為承保服務費用份額所支付的最高金額。這個限額可幫助您規劃醫療護理費用。
什麼不包括在自付限額中？	處方藥物的收費、保費、差額的收費及本計劃不予承保的健康照護。	即便您支付這些費用，這些費用也不會計入 自付限額 中。
保險計劃支付額是否有總年度限額？	沒有。	從第 2 頁開始的圖表，描述了本計劃將為承保的 具體服務 （如診所就診）支付的任何限額。

若有問題：請撥打 (866) 256-6559 或造訪 <http://hrworkways.com/cintas>。
如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.dol.gov/ebsa/healthreform 上的術語表或撥打 (866) 256-6559 索取一份。

重要問題	答案	重要之因:
本計劃使用醫療服務提供者網絡嗎?	是的，Blue Card PPO。 請造訪 www.anthem.com 或致電 (866) 256-6559，以獲取網絡內醫療服務提供者名單。	如果您使用網絡內醫師或其他健康照護醫療服務提供者，本計劃將支付承保服務的部分或全部費用。請注意，您的網絡內醫師或醫院可能會在某些服務上使用網絡外醫療服務提供者。各計劃在其網絡內，使用術語「網絡內」、「首選」或「計劃內」醫療服務提供者。請參閱從第 2 頁開始的圖表，以瞭解本計劃如何支付各種醫療服務提供者。
我需要轉介才能去看專家嗎?	不需要。	您可以去看您選擇的專家，無需獲得本計劃的許可。
本計劃是否有不承保的服務?	是。	本計劃不承保的一些服務列於第 6 頁。請參閱您的保單或保險計劃文件，以瞭解關於非承保服務的其他資訊。



- **共付額**是您為承保的健康照護所支付的固定金額（如 15 美元），通常在您接受服務時支付。
- **共同保險**是您為承保的服務費用分擔的份額，按服務**允許額**的百分率計算。例如，如果健康計劃一個晚上住院的**允許額**是 1,000 美元，那麼您的 20% **共同保險**費用應是 200 美元。如果您尚未達到**自付額**要求，則可能有變。
- 保險計劃為承保服務的付費以**允許額**為根據。如果網絡外**醫療服務提供者**收費超過**允許額**，您可能必須支付差額。例如，如果網絡外醫院就一個晚上住院收取 1,500 美元的費用，且**允許額**是 1,000 美元，您可能必須支付 500 美元的差額。（這種情況稱為**差額**。）
- 透過收取較低的**自付額**、**共付額**和**共同保險**金額，本計劃可能鼓勵您使用**網絡內醫療服務提供者**。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡內醫療服務提供者）	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡外醫療服務提供者）	限制及例外情況
如果您去一家健康照護醫療服務提供者的診所	治療受傷或生病的主要照護就診	每次就診 \$30 共付額	40% 共同保險	網絡內：若使用 LiveHealth Online，每次就診 \$20 共付額。
	專家就診	每次就診 \$30 共付額	40% 共同保險	-----無-----

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡內醫療服務提供者）	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡外醫療服務提供者）	限制及例外情況
	其他執業者的診所就診	每次就診 \$30 共付額（推拿治療及針灸）	脊椎推拿治療 40% 共同保險，針灸每次就診 \$30 共付額	網絡內和網絡外醫療服務提供者加總的推拿治療承保範圍，以每福利期間 30 次就診為限（僅適用於脊椎推拿）。 如果在網絡內或網絡外設施中完成，則適用自付額/共同保險。 費用可能視服務地點而變動。
	預防照護／篩查／免疫	無費用	40% 共同保險	-----無-----
如果您要做檢查	診斷檢查（X 光、驗血）	20% 共同保險	40% 共同保險	實驗室和 X 光 - 診間。 也許需要事前認證。
	成像（CT/PET 掃描、MRI）	20% 共同保險	40% 共同保險	也許需要事前認證。
如果您需用藥物來治療生病或病症 www.caremark.com 提供關於處方藥物承保範圍的更多資訊。	非品牌藥	零售：\$10 共付額 郵購：\$20 共付額	零售及郵購：不承保	零售：30 日供藥量 郵購：90 日供藥量
	首選品牌藥	零售：20% 共同保險，最低 \$30 共付額/最高 \$75 共付額 郵購：20% 共同保險，最低 \$60 共付額/最高 \$150 共付額	零售及郵購：不承保	零售：30 日供藥量 郵購：90 日供藥量
	非首選品牌藥	零售：40% 共同保險，最低 \$60 共付額/最高 \$150 共付額 郵購：40% 共同保險，最低 \$120 共付額/最高 \$300 共付額	零售及郵購：不承保	零售：30 日供藥量 郵購：90 日供藥量

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡內醫療服務提供者）	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡外醫療服務提供者）	限制及例外情況
	專用藥	基於每種藥品的非品牌藥/首選品牌藥/非首選品牌藥狀態按以上方式承保。	不承保	請撥打 1 (800) 237-2767 瞭解相關細節。
如果您要做門診手術	設施費（如流動手術中心）	20% 共同保險	40% 共同保險	-----無-----
	醫師／外科醫師費	20% 共同保險	40% 共同保險	網絡內：如果在診間進行，則適用門診共付額。費用可能視服務地點而變動。
如果您需要立即獲得醫護	急救室服務	每次就診 \$250 共付額	比照網絡內條件承保	若住院則免除共付額。 若住院也許需要事前認證。
	緊急醫療運送	無費用。	比照網絡內條件承保	-----無-----
	急需照護	每次就診 \$50 共付額	40% 共同保險	-----無-----
如果您要住院	設施費（如醫院病房）	20% 共同保險	40% 共同保險	也許需要事前認證。
	醫師／外科醫師費	20% 共同保險	40% 共同保險	費用可能視服務地點而變動。
如果您因精神健康、行為健康或濫用藥物需要治療	精神／行為健康門診服務	每次就診 \$30 共付額	40% 共同保險	-----無-----
	精神／行為健康住院服務	20% 共同保險	40% 共同保險	也許需要事前認證。
	藥物使用失調門診服務	每次就診 \$30 共付額	40% 共同保險	-----無-----
	藥物使用失調住院服務	20% 共同保險	40% 共同保險	也許需要事前認證。
如果您懷孕	產前及產後照護	每次就診 \$30 共付額	40% 共同保險	網絡內：共付額僅適用於初次看診。 費用可能視服務地點而變動。
	分娩及所有住院服務	20% 共同保險	40% 共同保險	若未住院，新生兒照護無費用。 也許需要事前認證。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡內醫療服務提供者）	您使用不同醫療服務提供者的費用（網絡外醫療服務提供者）	限制及例外情況
如果您需要協助進行康復或有其他特殊的健康需求	家居健康照護	20% 共同保險	40% 共同保險	網絡內和網絡外加總：承保範圍以每福利期間 120 次就診為限。
	康復服務	每次就診 \$30 共付額	40% 共同保險	網絡內和網絡外加總：物理、職業和言語治療加總之網絡內服務提供者的承保範圍，以每福利期間 30 次就診為限。費用可能視服務地點而變動。
	復健服務	每次就診 \$30 共付額	40% 共同保險	復健門診次數均計入您的復健限額。費用可能視服務地點而變動。
	專業護理照護	20% 共同保險	40% 共同保險	也許需要事前認證。
	耐用醫療設備	20% 共同保險	40% 共同保險	也許需要事前認證。
	善終服務	無費用	無費用	也許需要事前認證。
如果您的孩子需要牙科或眼科照護	眼睛檢查	無費用	40% 共同保險	每年最多一次檢查。
	眼鏡	20% 共同保險	40% 共同保險	僅限白內障手術的術後服務。
	牙齒檢查	不承保	不承保	僅限牙齒意外傷害或手術摘除的後續服務。

非承保的服務及其他承保的服務：

您的計劃不承保的服務（這份清單並不完整。請查看您的保單或保險計劃文件，瞭解其他非承保之項。）

- 整形手術
- 牙科護理（成人）
- 助聽器
- 不孕症治療（承保診斷）
- 長期照護
- 私人值班護士護理服務
- 例行足部照護，除非您被診斷出患有糖尿病
- 減肥計劃

其他承保的服務（這份清單並不完整。請檢查您的保單或保險計劃文件，瞭解更多承保的服務及您接受這些服務的費用。）

- 針灸
- 減肥手術
- 脊椎整復照護
- 於美國境外提供的多數承保範圍。請造訪 www.bcbs.com/bluecardworldwide
- 例行性視力檢查（成人）

您繼續承保範圍的權利：

如果您喪失本計劃涵蓋的承保範圍，聯邦和各州法律可能會視情況提供保障，讓您在保有健康保險。任何該等權利可能受限於保險期限，並要求您支付**保費**，該等保費可能遠高於您加保本計劃時所支付的保費。您繼續投保的權利也可能適用其他限制。

欲瞭解有關您繼續投保權利的更多資訊，請撥打 (866) 256-6559 與本計劃聯絡。您也可以聯絡您的州政府保險局、美國勞工部、勞工給付安全署、或美國衛生暨公眾服務部。勞工給付安全署電話為 (866) 444-3272，網站為 www.dol.gov/ebsa，美國衛生暨公眾服務部電話為 (877) 267-2323 x61565，網站為 www.cciio.cms.gov。

您的申訴及上訴權利：

如果您有抱怨或對您的保險計劃拒絕賠付要求感到不滿意，可能可以呈遞**上訴**或**申訴**。如果您對您的權利、本公告或協助有問題，可聯絡 <http://hrworkways.com/cintas> 或撥打 (866) 256-6559。您也可聯絡勞工給付安全署，電話為 (866) 444-EBSA (3272)，網站為 www.dol.gov/ebsa/healthreform。此外，我們也提供顧客幫助計劃，幫助您完成上訴檔案。www.dol.gov/ebsa/healthreform 提供各州顧客幫助計劃的清單。

此保險是否提供最低基本承保範圍？

平價醫療法案要求多數人投保健康照護保險，且保險必須符合「最低基本承保範圍」。此計劃或保單**確實**提供最低基本承保範圍。

此保險是否達到最低價值標準？

平價醫療法案為健康計劃的福利確立了最低價值標準。最低價值標準是 60% (精算值)。此健康保險**確實**達到其所提供福利的最低價值標準。

語言協助服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-256-6559.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-256-6559.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-256-6559.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-256-6559.

若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下頁。

關於這些承保範例：

這些範例顯示這個計劃在特定情況下可能承保醫療照護的方法。利用這些範例來查看，在通常情況下，如果一個示例病患有不同的保險計劃承保，可能獲得多少財務保護。



這不是一份費用估計表。

不要用這些範例來估計您在本計劃內的實際費用。您接受的實際照護將不同於這些範例，而且照護的費用也會有所不同。

請參閱下一頁瞭解關於這些範例的重要資訊。

生孩子 (正常分娩)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$7,540
- 保險計劃支付 \$6,050
- 病患支付 \$1,490

示例照護費用：

醫院收費（母親）	\$2,700
例行產科照護	\$2,100
醫院收費（嬰兒）	\$900
麻醉	\$900
實驗室測試	\$500
處方藥物	\$200
放射治療	\$200
疫苗、其他預防服務	\$40
總計	\$7,540

病患支付：

自付額	\$500
共付額	\$50
共同保險	\$790
限額或非承保服務	\$150
總計	\$1,490

管理二型糖尿病 (現存病情的例行護理)

- 所欠醫療服務提供者的金額：\$5,400
- 計劃支付 \$3,900
- 病患支付 \$1,500

示例照護費用：

處方藥物	\$2,900
醫療設備和用品	\$1,300
診所就診及步驟	\$700
教育	\$300
實驗室測試	\$100
疫苗、其他預防服務	\$100
總計	\$5,400

病患支付：

自付額	\$0
共付額	\$1,400
共同保險	\$0
限額或非承保服務	\$100
總計	\$1,500

關於承保範例的問答：

承保範例背後有哪些假設？

- 費用不包括**保費**。
- 示例照護費用的依據是美國衛生及人類服務部 (HHS) 提供的全國平均值，不具體針對某個特定地區或健康計劃。
- 病患的病症不是非承保或承保前的病症。
- 所有服務和治療都在同一個承保期限內開始和結束。
- 本計劃承保的任何成員都沒有任何其他醫療費用。
- 自付費用只基於治療範例中的病症。
- 病患接受的所有照護都由網絡內**醫療服務提供者**提供。如果患者接受接受了網絡外**醫療服務提供者**的照護，費用可能會更高。

承保範例顯示了什麼？

針對每種治療情況，承保範例有助於您瞭解**自付額**、**共付額**及**共同保險**加起來可能達到的總額。還有助於您瞭解，因涉及的服務或治療未承保或有限制，您可能要支付多少剩餘的費用。

承保範例是否可以預測我本人的照護需求？

✘ **否**。所顯示的各種治療只是範例。依據您的醫師建議、您的年齡、您的病症嚴重程度及許多其他因素，您因這種病症需要接受的照護可能有所不同。

承保範例是否可以預測我將來的花費？

✘ **否**。承保範例**不是**費用估計表。您不能利用這些範例來估計實際病症的費用。這些範例僅用於比較目的。您本人的費用會有所不同，具體取決於您接受的照護、您的**醫療服務提供者**收費的價格及您的健康計劃允許的償付額。

我是否可以利用承保範例來比較各種計劃？

✓ **是**。當您查看其他計劃的福利和承保範圍摘要時，您會發現同樣的承保範例。在您比較各種計劃時，請檢查每個範例的「病患支付」欄。該數字愈小，健康計劃提供的承保範圍愈大。

在比較各種計劃時，是否有我應該考慮的其他費用？

✓ **是**。一項重要的費用是您支付的**保費**。一般而言，**保費**愈低，您將要支付的自付費用愈多，如**共付額**、**自付額**及**共同保險**。您還應該考慮為其他帳戶的供款，如幫助您支付自付費用的醫療儲蓄帳戶(HSA)、彈性支出帳戶 (FSA) 或健康給付帳戶 (HRA)。

若有問題：請撥打 (866) 256-6559 或造訪 <http://hrworkways.com/cintas>。
如果您對本表格中的任何粗體術語有不清楚之處，請參閱術語表。您檢視 www.dol.gov/ebsa/healthreform 上的術語表或撥打 (866) 256-6559 索取一份。