



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call (800) 514-4538 to request a copy.


Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$3,000/individual or \$6,000/family for In- Network Providers . \$6,000/individual or \$12,000/family for Out-of-Network Providers .	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the policy, the overall family deductible must be met before the plan begins to pay.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and vision exam for In- Network Providers .	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$3,000/individual or \$6,000/family for In- Network Providers . \$8,000/individual or \$16,000/family for Out-of-Network Providers .	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , the overall family out-of-pocket limit must be met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Services deemed not medically necessary by Medical Management and/or Anthem, Premiums , balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes, Blue Card PPO. See www.anthem.com or call (800) 514-4538 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider

for some services (such as lab work). Check with your [provider](#) before you get services.

Do you need a [referral](#) to see a [specialist](#)?

No.

You can see the [specialist](#) you choose without a [referral](#).

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
	Specialist visit	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
	Preventive care / screening / immunization	No charge	40% coinsurance	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.caremark.com	Tier 1 - Typically Generic	Retail and Mail Order: 0% coinsurance	Not covered	Retail: 30-day supply Mail Order: 90-day supply
	Tier 2 - Typically Formulary Brand	Retail and Mail Order: 0% coinsurance	Not covered	Retail: 30-day supply Mail Order: 90-day supply
	Tier 3 - Typically Non- Formulary Brand	Retail and Mail Order: 0% coinsurance	Not covered	Retail: 30-day supply Mail Order: 90-day supply
	Tier 4 - Typically Specialty Drugs	Retail and Mail Order: 0% coinsurance	Not covered	Specialty Drugs questions call (800) 237-2767.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
	Physician/surgeon fees	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
If you need immediate medical attention	Emergency room care	0% coinsurance	Covered as In- Network	-----none-----
	Emergency medical transportation	0% coinsurance	Covered as In- Network	-----none-----
	Urgent care	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
	Facility fee (e.g., hospital room)	0% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.

* For more information about limitations and exceptions, see [plan](#) or policy document at <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you have a hospital stay	Physician/surgeon fees	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	0% coinsurance	40% coinsurance	Office Visit -----none----- Other Outpatient -----none-----
	Inpatient services	0% coinsurance	40% coinsurance	Pre-certification may be required.
If you are pregnant	Office visits	0% coinsurance	40% coinsurance	Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	0% coinsurance	40% coinsurance	
	Childbirth/delivery facility services	0% coinsurance	40% coinsurance	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	0% coinsurance	40% coinsurance	120 visits/benefit period including private duty nursing.
	Rehabilitation services	0% coinsurance	40% coinsurance	*See Therapy Services section
	Habilitation services	0% coinsurance	40% coinsurance	
	Skilled nursing care	0% coinsurance	40% coinsurance	-----none-----
	Durable medical equipment	0% coinsurance	0% coinsurance	*See Durable Medical Equipment Section
	Hospice services	0% coinsurance	0% coinsurance	-----none-----
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	*See Dental Services section
	Children's glasses	Not covered	Not covered	
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	

Excluded Services & Other Covered Services:

<p>Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Cosmetic surgery • Dental care (adult) • Hearing aids 	<ul style="list-style-type: none"> • Infertility treatment • Long- term care 	<ul style="list-style-type: none"> • Routine foot care unless you have been diagnosed with diabetes or have impaired circulation to lower extremities • Weight loss programs

* For more information about limitations and exceptions, see [plan](#) or policy document at <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture
- Bariatric surgery
- Chiropractic care 30 visits/benefit period.
- Most coverage provided outside the United States. See www.bcbsglobalcore.com
- Private-duty nursing 120 visits/benefit period only covered in the home including [Home health care](#)
- Routine eye care (adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [Health Insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

—————*To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.*—————

* For more information about limitations and exceptions, see [plan](#) or policy document at <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby (9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$3,000
■ Specialist coinsurance	0%
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
--------------------	----------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$3,000
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$3,060

Managing Joe's type 2 Diabetes (a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$3,000
■ Specialist coinsurance	0%
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
--------------------	---------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$3,000
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$3,020

Mia's Simple Fracture (in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$3,000
■ Specialist coinsurance	0%
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
--------------------	---------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$2,800
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$2,800

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Language Access Services:

(TTY/TDD: 711)

Albanian (Shqip): Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (800) 514-4538

Amharic (አማርኛ):- ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (800) 514-4538 ይደውሉ።

Arabic (العربية): إذا كان لديك أي استفسارات بشأن هذا المستند، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون مقابل. للتحدث إلى مترجم، اتصل على (800) 514-4538.

Armenian (հայերեն). Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվճար ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 514-4538:

Bassa (Bàsɔ́ Wùdù): M̄ dyi dyi-diè-dɛ̀ bɛ̀ bédé b́á céè-dɛ̀ nià ke dyí ní, ɔ̀ m̀ò nì dyí-bɛ̀dɛ̀in-dɛ̀ bɛ̀ m̀ ké gbo-kpá-kpá kè b̄́ kp̄́ dɛ̀ m̀ bídǐ-wùdùùn b́ó pídyi. B́é m̀ ké wuɖu-zìin-nyò d̀ò gbo wùdù ke, d́á (800) 514-4538.

Bengali (বাংলা): যদি এই নথিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা বলার জন্য (800) 514-4538 -তে কল করুন।

Burmese (မြန်မာ): ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖုန်း (800) 514-4538 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Chinese (中文) : 如果您對本文件有任何疑問，您有權使用您的語言免費獲得協助和資訊。如需與譯員通話，請致電 (800) 514-4538。

Dinka (Dinka): Na nɔŋ thiëc në ke de yā thorë, ke yin nɔŋ loŋ bē yi kuony ku wɛr alëu bē gɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin wëu tāäuë ke piny. Te kɔr yin ba jam wënë ran ye thok geryic, ke yin cəl (800) 514-4538.

Dutch (Nederlands): Bij vragen over dit document hebt u recht op hulp en informatie in uw taal zonder bijkomende kosten. Als u een tolk wilt spreken, belt u (800) 514-4538.

Farsi (فارسي): در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه‌ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (800) 514-4538 تماس بگیرید.

French (Français) : Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (800) 514-4538.

Language Access Services:

German (Deutsch): Wenn Sie Fragen zu diesem Dokument haben, haben Sie Anspruch auf kostenfreie Hilfe und Information in Ihrer Sprache. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, bitte wählen Sie (800) 514-4538.

Greek (Ελληνικά) Αν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με το παρόν έγγραφο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διερμηνέα, τηλεφωνήστε στο (800) 514-4538.

Gujarati (ગુજરાતી): જો તમે આ દસ્તાવેજ વિશે કોઈ પ્રશ્નો ધરાવો છો, તો તમને મફત સહાય અને માહિતી તમારી ભાષામાં મળી શકે છે. મુલાકાત માટે, કૃપા કરીને (800) 514-4538 નો કોલ કરો.

Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen): Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele (800) 514-4538.

Hindi (हिंदी): अगर आपके पास इस दस्तावेज़ के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आपको निःशुल्क अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिये से बात करने के लिए, कॉल करें (800) 514-4538 ।

Hmong (White Hmong): Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntawv no, koj muaj cai tau txais kev pab thiab lus qhia hais ua koj hom lus yam tsim xam tus nqi. Txhawm rau tham nrog tus neeg txhais lus, hu xov tooj rau (800) 514-4538.

Igbo (Igbo): Ọ bụr ụ na ị nwere ajuju ọ bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Ka gị na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ (800) 514-4538.

Ilokano (Ilokano): Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lenguahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti (800) 514-4538.

Indonesian (Bahasa Indonesia): Jika Anda memiliki pertanyaan mengenai dokumen ini, Anda memiliki hak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Untuk berbicara dengan interpreter kami, hubungi (800) 514-4538.

Italian (Italiano): In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero (800) 514-4538

Japanese (日本語): この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには、(800) 514-4538 にお電話ください。

Language Access Services:

Khmer (ខ្មែរ): បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
ដើម្បីជ្រកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ (800) 514-4538 ។

Kirundi (Kirundi): Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (800) 514-4538.

Korean (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면 (800) 514-4538 로 문의하십시오.

Lao (ພາສາລາວ): ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.
ເພື່ອໂອ້ນລັກກັບວ່າມາດເປັນພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (800) 514-4538.

Navajo (Diné): Díí naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idíilkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjí bee níł hodoonih t'áadoo bááh ilínígóó.
Ata' halne'ígíí la' bich'í' hadeesdzih nínizingo kojí' hodiílnih (800) 514-4538.

Nepali (नेपाली): यदि यो कागजातबारे तपाईंसँग केही प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नै भाषामा निःशुल्क सहयोग तथा जानकारी प्राप्त गर्न पाउने हक तपाईंसँग छ।
दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि, यहाँ कल गर्नुहोस् (800) 514-4538

Oromo (Oromifaa): Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (800) 514-4538 bilbilla.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Hilfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff (800) 514-4538 aa.

Polish (polski): W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer (800) 514-4538.

Portuguese (Português): Se tiver quaisquer dúvidas acerca deste documento, tem o direito de solicitar ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo. Para falar com um intérprete, ligue para (800) 514-4538.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, (800) 514-4538 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Language Access Services:

Romanian (Română): Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic (800) 514-4538.

Russian (Русский): Если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. (800) 514-4538.

Samoan (Samoa): Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totonu. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili (800) 514-4538.

Serbian (Srpski): Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim dokumentom, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na vašem jeziku bez ikakvih troškova. Za razgovor sa prevodiocem, pozovite (800) 514-4538.

Spanish (Español): Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al (800) 514-4538.

Tagalog (Tagalog): Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang (800) 514-4538.

Thai (ไทย): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (800) 514-4538 เพื่อพูดคุยกับล่าม

Ukrainian (Українська): якщо у вас виникають запитання з приводу цього документа, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу й інформацію вашою рідною мовою. Щоб отримати послуги перекладача, зателефонуйте за номером (800) 514-4538.

Urdu (اردو): اگر اس دستاویز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہے، تو آپ کو مدد اور اپنی زبان میں مفت معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے، (800) 514-4538 پر کال کریں۔

Vietnamese (Tiếng Việt): Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi (800) 514-4538.

(Yiddish) (אידיש): אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט (800) 514-4538.

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyí ìbèrè nípa àkọsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lẹ́fẹ́. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọrọ̀, pe (800) 514-4538.

Language Access Services:

It's important we treat you fairly

That's why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at

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

10260125.1



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al (800) 514-4538 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$3,000/por una persona o \$6,000/por familia para proveedores dentro de la red . \$6,000/por una persona o \$12,000/por familia para proveedores fuera de la red .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible familiar total antes de que el plan comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Atención preventiva y examen de la vista para proveedores dentro de la red .	Este plan cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin distribución de costos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este plan ?	\$3,000/por una persona o \$6,000/por familia para proveedores dentro de la red . \$8,000/por una persona o \$16,000/por familia para proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan , se debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Servicios no considerados médicamente necesarios por la Administración Médica y/o Anthem, primas , cargos correspondientes a saldo de facturación 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 .

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí, Blue Card PPO. Consulte www.anthem.com o llame al (800) 514-4538 para obtener un listado de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan . Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (saldo de facturación). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al especialista	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	40% de coseguro	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://coc.anthem.com/eocdps/aso>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	Venta minorista y pedido por correo: 0% de coseguro	Sin cobertura	Venta minorista: 30 días de suministro Pedido por correo: 90 días de suministro
	Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca incluidos en el formulario	Venta minorista y pedido por correo: 0% de coseguro	Sin cobertura	Venta minorista: 30 días de suministro Pedido por correo: 90 días de suministro
	Nivel 3: Normalmente medicamentos de marca no incluidos en el formulario	Venta minorista y pedido por correo: 0% de coseguro	Sin cobertura	Venta minorista: 30 días de suministro Pedido por correo: 90 días de suministro
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados	Venta minorista y pedido por correo: 0% de coseguro	Sin cobertura	Para preguntas sobre medicamentos especializados , llame al (800) 237-2767.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	0% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	-----ninguna-----
	Transporte médico de emergencia	0% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	-----ninguna-----
	Atención de urgencia	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	0% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera certificación previa.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	0% de coseguro	40% de coseguro	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	0% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera certificación previa.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://coc.anthem.com/eocdps/aso>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	0% de coseguro	40% de coseguro	La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
	Servicios de parto profesionales	0% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	0% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	0% de coseguro	40% de coseguro	120 visitas/periodo de beneficios incluidos servicios de enfermería privada.
	Servicios de rehabilitación	0% de coseguro	40% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos
	Servicios de habilitación	0% de coseguro	40% de coseguro	
	Cuidado de enfermería especializada	0% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Equipo médico duradero	0% de coseguro	0% de coseguro	*Consulte la sección Equipo médico duradero
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	0% de coseguro	0% de coseguro	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios dentales
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://coc.anthem.com/eocdps/aso>.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes o que tenga mala circulación en las extremidades inferiores
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica: 30 visitas/ periodo de beneficios.
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Servicios de enfermería privada: 120 visitas/ periodo de beneficios con cobertura únicamente en el hogar incluido [cuidado de la salud en el hogar](#).
- Atención de los ojos de rutina (adultos)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser elegible para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—————Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)
(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,020

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
------------------------	---------


En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

 本福利和承保范围摘要 (SBC) 文件可帮助您选择**健康计划**。SBC 会说明您和**保险计划**将如何分摊所承保的医疗保健服务费用。注：有关本**计划**费用（下称**保费**）的详细信息将单独提供。这只是一份摘要。有关承保范围的详细信息或承保范围完整条款的副本，请访问 <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>。有关常见术语的一般定义，如**允许金额**、**差额缴费**、**共同保险**、**共付额**、**自付额**、**医疗服务提供者**或其他带下划线的术语，请参阅术语表。您可以查看 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 上的术语表或拨打 (800) 514-4538 索取一份。

重要问题	答案	为何重要：
总 自付额 是多少？	\$3,000 /个人或 \$6,000 /家庭（对于 网络内医疗服务提供者 ）。 \$6,000 /个人或 \$12,000 /家庭（对于 网络外医疗服务提供者 ）。	通常，您必须支付 医疗服务提供者 的所有费用直至达到 自付额 金额，之后本 计划 才开始为这些服务支付费用。如果保单上有其他家庭成员，则必须达到家庭的总体 自付额 金额，之后本 计划 才开始为服务支付费用。
在您达到 自付额 之前，是否有承保的服务？	是。 预防性护理 和视力检查（对于 网络内医疗服务提供者 ）。	即使您尚未达到 自付额 金额，本 计划 也承保了一些项目和服务。但可能会应用 共付额 或 共同保险 。例如，本 计划 在您达到 自付额 金额之前承保了特定的预防性服务且无需 分摊费用 。有关承保的预防性服务，请参见 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
特定服务是否有其他 自付额 ？	否。	对于特定的服务，您无需达到 自付额 。
本 计划 的 自费限额 是多少？	\$3,000 /个人或 \$6,000 /家庭（对于 网络内医疗服务提供者 ）。 \$8,000 /个人或 \$16,000 /家庭（对于 网络外医疗服务提供者 ）。	自费限额 是您在承保服务年限内所支付的最高金额。如果本 计划 覆盖了其他家庭成员，则必须达到家庭的总 自费限额 。
自费限额 中不包括哪些项目？	Medical Management 和/或 Anthem 认为无医疗必要的服务、 保费 、 差额缴费 及本 计划 不予承保的健康护理。	即便您支付这些费用，这些费用也不会计入 自费限额 中。
如果使用 网络内医疗服务提供者 ，是否能减少支付的费用？	是，本计划使用 Blue Card PPO。请访问 www.anthem.com 或拨打 (800) 514-4538，获取 网络内医疗服务提供者 名单。	本 计划 使用 医疗服务提供者网络 。如果使用本 计划网络 中的 医疗服务提供者 ，您可以支付较少的费用。如果使用 网络外医疗服务提供者 ，您将支付最高的费用且可能会收到 医疗服务提供者 发来的账单，要求您缴纳该 医疗服务提供者 所收取费用与您的 计划 所支付费用的差额（ 差额缴费 ）。请注意，您的 网络内医疗服务提供者 可能会使用 网络外医疗服务提供者 的部分服务（例如化验）。请在接受服务之前与您的 医疗服务提供者 进行核实。
您是否需要 转诊 才能去看 专家 ？	否。	您可以去看您选择的 专家 ，无需 转诊 。

 此表所示的所有**共付额**和**共同保险**费用均为您已达到**自付额**（如果适用**自付额**）之后的费用。

常见医疗活动	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外以及其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多费用)	
如果您去一家健康护理 医疗服务提供者 的诊所	治疗受伤或疾病的初级护理就诊	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
	专家 就诊	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
	预防性护理/筛查/免疫	免费	40% 共同保险	您可能需要支付非预防性服务的费用。请问您的 医疗服务提供者 所需的服务是否属于预防性服务。然后确认您的 计划 的支付范围。
如果您要做检查	诊断测试 (X光、验血)	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
	成像 (CT/PET 扫描、MRI)	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
如果您需用药物来治疗疾病或病症 有关 处方药承保范围 的更多信息, 请访问 www.caremark.com	1 级 - 典型通用名药	零售和邮购: 0% 共同保险	不予承保	零售: 30 天供应 邮购: 90 天供应
	2 级 - 典型 处方 品牌药	零售和邮购: 0% 共同保险	不予承保	零售: 30 天供应 邮购: 90 天供应
	3 级 - 典型非 处方 品牌药	零售和邮购: 0% 共同保险	不予承保	零售: 30 天供应 邮购: 90 天供应
	4 级 - 典型 特殊药	零售和邮购: 0% 共同保险	不予承保	有关 特殊药 的疑问, 请致电 (800) 237-2767。
如果您要做门诊手术	设施费 (如流动手术中心)	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
	医师/外科医生费	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
如果您需要紧急医护	急救室护理	0% 共同保险	同 网络内 承保	-----无-----
	紧急医疗运送	0% 共同保险	同 网络内 承保	-----无-----
	紧急护理	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
如果您要住院	设施费 (如医院病房)	0% 共同保险	40% 共同保险	可能需要预认证。
	医师/外科医生费	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----

*有关限制及例外的详细信息, 请参阅[计划](#)或访问 <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso> 上的保单文件。

常见医疗活动	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外以及其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多费用)	
如果您因精神健康、行为健康或滥用药物需要服务	门诊服务	0% 共同保险	40% 共同保险	诊所就诊 -----无----- 其他门诊 -----无-----
	住院服务	0% 共同保险	40% 共同保险	可能需要预认证。
如果您怀孕	诊所就诊	0% 共同保险	40% 共同保险	产科护理可能包括在 SBC 其他地方所述的化验和服务（例如超声）。
	分娩/生产专业服务	0% 共同保险	40% 共同保险	
	分娩/生产设施服务	0% 共同保险	40% 共同保险	
如果您需要协助进行康复或有其他特殊的健康需求	家庭保健护理	0% 共同保险	40% 共同保险	每个福利期 120 次就诊，包括私人看护。
	复健服务	0% 共同保险	40% 共同保险	*请参见“治疗服务”部分
	康复服务	0% 共同保险	40% 共同保险	
	专业看护护理	0% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
	耐用医疗设备	0% 共同保险	0% 共同保险	*请参见 耐用医疗设备 部分
	善终服务	0% 共同保险	0% 共同保险	-----无-----
如果您的孩子需要牙科或眼科护理	儿童眼科检查	不予承保	不予承保	*请参见“牙齿服务”部分
	儿童眼镜	不予承保	不予承保	
	儿童牙齿检查	不予承保	不予承保	

非承保服务及其他承保服务：

您的[计划](#)通常不承保的服务（查看您的政策或[计划](#)文件了解更多信息以及其他任何[非承保服务](#)。）

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 整形手术 • 牙齿护理（成人） • 助听器 | <ul style="list-style-type: none"> • 不育症治疗 • 长期护理 | <ul style="list-style-type: none"> • 例行足部护理（除非您确诊为糖尿病或下肢循环系统受损） • 减肥计划 |
|---|---|--|

其他承保服务（这些服务可能存在限制。以下清单并不完整。请参见您的[保险计划](#)文件。）

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 针灸 • 减肥手术 • 脊椎按摩护理，每个福利期 30 次就诊。 | <ul style="list-style-type: none"> • 在美国境外提供的多数承保范围。请参见 www.bcbsglobalcore.com • 私人看护，每个福利期 120 次就诊，仅承保家中的服务，包括家庭保健护理 | <ul style="list-style-type: none"> • 例行眼科护理（成人） |
|--|---|--|

*有关限制及例外的详细信息，请参阅[计划](#)或访问 <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso> 上的保单文件。

您继续承保的权利：如果您希望在保险到期后续保，有些机构可以帮到您。这些机构的联系方式如下：Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform。您还可享有其他保险选项，例如通过[医疗保险市场平台](#)购买健康保险。有关保险[市场平台](#)的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov 或拨打 1-800-318-2596。

您的申诉及上诉权利：如果您想就您的保险[计划索赔](#)被拒事宜提起投诉，有些机构可以帮到您。此类投诉被称为[申诉](#)或[上诉](#)。有关您的权利的更多信息，请参阅您将收到的该医疗[索赔](#)的福利说明。此外，您的保险[计划](#)文件也提供完整的信息，协助您因任何原因就您的[计划](#)提交[索赔](#)、[上诉](#)或[申诉](#)。有关您的权利及本公告的更多信息，或者如需获得协助，请联系：

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

此项计划是否提供最低基本承保？ 是

[最低基本承保](#)通常包括[计划](#)、通过[市场平台](#)或其他个人市场保单购买的[健康保险](#)、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他特定的承保。如果您有资格获得某些类型的[最低基本承保](#)，您可能没有资格获得[保费税收抵免](#)。

此项计划是否满足最低价值标准？ 是

如果您的[计划](#)不满足[最低价值标准](#)，您可能没有资格获得[保费税收抵免](#)，以帮助您通过保险[市场平台](#)购买一项保险[计划](#)。

—————若要查看本[计划](#)可能为示例病情的费用承保的范例，请参阅下一部分。—————

*有关限制及例外的详细信息，请参阅[计划](#)或访问 <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso> 上的保单文件。

关于这些承保范例：



这不是一份费用估计表。所显示的治疗仅是本[计划](#)可能承保医疗护理的例子。您实际的费用会有所不同，具体取决于您接受的实际护理、您的[医疗服务提供者](#)的收费价格以及其他众多因素。重点在于[计划](#)下的[费用分摊](#)金额（[自付额](#)、[共付额](#)和[共同保险](#)）以及[非承保服务](#)。可使用这些信息来比较您在不同健康[计划](#)下可能缴纳的费用部分。请注意，这些承保范例均基于仅为自己承保的保险。

佩格生孩子

（9个月的网络内产前护理以及医院生产）

■ 此计划的总自付额	\$3,000
■ 专家共同保险	0%
■ 医院（设施）共同保险	0%
■ 其他共同保险	0%

本范例事件包括以下服务：

[专家门诊](#)（产前护理）
分娩/生产专业服务
分娩/生产设施服务
[诊断测试](#)（超声和验血）
[专家](#)就诊（麻醉）

范例总费用	\$12,700
-------	----------

在这个范例中，佩格将支付：

费用分摊	
自付额	\$3,000
共付额	\$0
共同保险	\$0
未承保部分	
限制或非承保服务	\$60
佩格将总共支付：	\$3,060

管理乔的 2 型糖尿病

（良好控制情况下的 1 年例行网络内护理）

■ 此计划的总自付额	\$3,000
■ 专家共同保险	0%
■ 医院（设施）共同保险	0%
■ 其他共同保险	0%

本范例事件包括以下服务：

[主治医生](#)门诊（包括疾病教育）
[诊断测试](#)（验血）
[处方药](#)
[耐用医疗设备](#)（血糖仪）

范例总费用	\$5,600
-------	---------

在这个范例中，乔将支付：

费用分摊	
自付额	\$3,000
共付额	\$0
共同保险	\$0
未承保部分	
限制或非承保服务	\$20
乔将总共支付：	\$3,020

米亚的小骨折

（网络内急救室就诊以及跟进护理）

■ 此计划的总自付额	\$3,000
■ 专家共同保险	0%
■ 医院（设施）共同保险	0%
■ 其他共同保险	0%

本范例事件包括以下服务：

[急救室护理](#)（包括医疗用品）
[诊断测试](#)（X光）
[耐用医疗设备](#)（拐杖）
[复健服务](#)（物理治疗）

范例总费用	\$2,800
-------	---------

在这个范例中，米亚将支付：

费用分摊	
自付额	\$2,800
共付额	\$0
共同保险	\$0
未承保部分	
限制或非承保服务	\$0
米亚将总共支付：	\$2,800

此[计划](#)将承担这些范例承保服务的其他费用。