

個人和家庭

PPO 健康計劃



生效日期：
1/25

聯絡您的保險經紀人或造訪 blueshieldca.com/getblue，進行詢價和申請。

PPO 健康計劃

按照您自己的條款，獲取 Blue Shield of California PPO 計劃下的護理。這些計劃專為珍惜選擇醫生、專科醫師和醫院選擇權的會員而設計，而無需轉介。Blue Shield of California PPO 計劃的專有 PPO 網絡覆蓋高達 64,000 多名醫生及 330 家醫院，可以為您提供您所需要的選擇。

除了傳統的現場醫生外，會員還可以選擇在家中舒適地透過視訊或電話與線上醫生交談。線上醫生可以提供與現場醫生類似的廣泛護理，例如預防護理、疾病診斷和開立大多數藥物處方等等。您將隨時聯繫由醫生、專科醫生和健康教練組成的整個線上團隊，從而比以往更易獲得及時關注。如需查找您所在區域的專有 PPO 網絡醫生和醫院，請造訪 blueshieldca.com/networkifppo。

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

您出行時亦受承保

不論您是商務出行還是休閒旅遊，Blue Shield PPO 計劃與 BlueCard® 和 Blue Shield Global Core，在全美境內以及境外出行均為您提供提供緊急和急診服務。

隨時隨地與醫生交流

Teladoc Health 提供全年無休（一年 365 天，每週 7 天，每天 24 小時）造訪經美國董事會認證醫生，小兒科醫生和心理健康專業人士的全國性網絡，可隨時就各種醫療和心理健康問題找他們諮詢，也可透過電話或線上視訊諮詢來讓他們開具部分藥物。最重要的是，此項服務無共付額。且在達到大多數計劃醫療保險自付額要求前，可以提供該服務（HDHP 計劃除外）。這意味著 Teladoc Health 可以成為前往急診室或緊急護理中心的快速且經濟高效的替代方案。

財政協助

您可能資格獲取 Covered California 提供的財務協助，以支付您任何 Blue Shield 計劃項下的月保費（Minimum Coverage PPO 計劃除外）。* 請造訪 blueshieldca.com/assistance 以查看您的資格，或聯絡您的保險經紀人或 Blue Shield，獲得指引完成資格認證。

打算轉而尋找 HMO 計劃？

若您更偏好具有優質醫師和醫院網絡的 HMO 計劃（通常每月保費較低），我們可以為您提供您所在區域的 Trio HMO 計劃。如需瞭解更多有關 HMO 計劃的資訊，請向您的保險經紀人索取本手冊的 HMO 版或造訪 blueshieldca.com/getblue。



請參見第 6 頁的重要醫學術語定義，它們很有助益。

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

如何選擇您的計劃

我們有多種類型的健康計劃供您選擇。為自己選擇一個合理的計劃，您需考慮月保費與照護費用的合理組合。通常，您的月保費越高，在獲取護理時您要支付的費用就越少。您選擇支付的月保費越低，在獲取護理時您要支付的費用就越多。



Platinum

90

Gold

80

Platinum 及 Gold 級計劃

Platinum 及 Gold 級計劃的月保費最高，但無自付額且共付額低於大多數 Blue Shield 計劃，如果您認為您要更頻繁獲得護理，這兩個計劃是很好的選擇。

Silver

70

Silver 級計劃

若您偶爾看醫生並希望平衡月計劃保費和獲取照護時您需支付的費用，Blue Shield Silver 70 PPO 計劃是很好的選擇。

Silver

1750

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

Silver

2600

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

Silver

94

Silver

87

我們還透過 Covered California 提供三種 Silver 級費用分擔減免計劃，該計劃共付額、自付額和最高付現額較低，適用對象為滿足某些收入要求和其他標準的人士：

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

Silver

73

Bronze

60

Bronze 級計劃

通常，這些計劃的月保費越低，但在獲取護理時您要支付的費用就越多。若您很少看醫生但想要萬一發生以外有保障，這些計劃是很好的選擇。

Bronze HDHP

60

Bronze 60 HDHP PPO 計劃是 HSA 相容計劃的一個選項。與 Silver 2600 HDHP PPO 計劃相比，您將支付更少的計劃保費，但使用服務時要支付較高的費用。除預防性護理外，這兩個計劃的所有福利均需繳納醫療自付額。

Minimum Coverage

60


Minimum Coverage PPO 計劃


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

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

此表詳細提供從網絡內醫療服務提供者處接受常規服務所涉及的計劃自付額、共付額和共保額。如欲獲得更多資訊，包括網絡外福利，請造訪 blueshieldca.com/policies。

在達到自付額前（如適用），您需負責支付所有不超過允許費用的金額。接著，您應支付如下所述的共付額或共同保險。一旦您達到了計劃的最高付現額，則 Blue Shield 將就您從專有 PPO 網絡內醫療服務提供者獲得的多數承保服務支付 100% 的費用。


 = 在達到任何自付額之前，會員可享受福利


 = 福利適用於自付額

	Blue Shield Platinum 90 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 70 PPO
透過所示內容提供的計劃	Blue Shield 以及 Covered California	Blue Shield 以及 Covered California	僅限 Blue Shield	僅限 Covered California
福利	在從合約醫療服務提供者處接受服務的情況下，會員支付：¹			
預防性健康福利	\$0	\$0	\$0	\$0
診所看診 – 主治醫師	\$15	\$35	\$50	\$50
診所看診 – 專科醫師	\$30	\$65	\$90	\$90
Teladoc Health 就診	\$0	\$0	\$0	\$0
緊急護理就診	\$15	\$35	\$50	\$50
第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$7	\$15	\$18	\$18
第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$16	\$60	\$60 ⁴	\$60 ⁴
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$25	\$85	\$90 ⁴	\$90 ⁴
第 4 層級藥物 (最多 30 天的供給)	10% (每一處方最多 \$250)	20% (每一處方最多 \$250)	20% (每一處方最多 \$250) ⁴	20% (每一處方最多 \$250) ⁴
化驗	\$15	\$40	\$50	\$50
X 光	\$30	\$75	\$95	\$95
住院治療	10%	30%	30%	30%
門診手術	10%	30%	30%	30%
未導致入院的急診室服務	\$150	\$330	\$400	\$400
救護車	\$150	\$250	\$255	\$250
產科 – 分娩 (醫院)	10%	30%	30%	30%
兒科牙科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼鏡	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副
脊椎指壓療法 (由 American Specialty Health Plans 網絡的脊椎治療師提供)	不承保	不承保	不承保	不承保
針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師提供)	\$15	\$35	\$50	\$50
網絡內日曆年醫療自付額 ⁶	\$0	\$0	每人 \$5,400/ 每個家庭 \$10,800	每人 \$5,400/ 每個家庭 \$10,800
網絡內日曆年最高付現額 (含自付額)	每人 \$4,500/ 每個家庭 \$9,000	每人 \$8,700/ 每個家庭 \$17,400	每人 \$8,700/ 每個家庭 \$17,400	每人 \$8,700/ 每個家庭 \$17,400
網絡內日曆年藥房自付額	\$0	\$0	每人 \$50/ 每個家庭 \$100 ⁶	每人 \$50/ 每個家庭 \$100 ⁶

此表詳細提供從網絡內醫療服務提供者處接受常規服務所涉及的計劃自付額、共付額和共保額。如欲獲得更多資訊，包括網絡外福利，請造訪 blueshieldca.com/policies。

在達到自付額前（如適用），您需負責支付所有不超過允許費用的金額。接著，您應支付如下所述的共付額或共同保險。一旦您達到了計劃的最高付現額，則 Blue Shield 將就您從專有 PPO 網絡內醫療服務提供者獲得的多數承保服務支付 100% 的費用。

 = 在達到任何自付額之前，會員可享受福利

 = 福利適用於自付額

	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Silver 87 PPO	Blue Shield Silver 73 PPO	Blue Shield Silver 1750 PPO
透過所示內容提供的計劃	僅限 Covered California – 收入限制適用	僅限 Covered California – 收入限制適用	僅限 Covered California – 收入限制適用	僅限 Blue Shield
福利	在從合約醫療服務提供者處接受服務的情況下，會員支付： ¹			
預防性健康福利	\$0	\$0	\$0	\$0
診所看診 – 主治醫師	\$5	\$15	\$35	\$55
診所看診 – 專科醫師	\$8	\$25	\$85	\$85
Teladoc Health 就診	\$0	\$0	\$0	\$0
緊急護理就診	\$5	\$15	\$35	\$55
第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$3	\$5	\$15	\$20 ⁴
第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$10	\$25	\$55	\$75 ⁴
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$15	\$45	\$85	\$90 ⁴
第 4 層級藥物 (最多 30 天的供給)	10% (每一處方最多 \$150)	15% (每一處方最多 \$150)	20% (每一處方最多 \$250)	35% (每一處方最多 \$250) ⁴
化驗	\$8	\$20	\$50	\$50
X 光	\$8	\$40	\$95	35%
住院治療	10%	20%	30%	35%
門診手術	10%	20%	30%	35%
未導致入院的急診室服務	\$50	\$150	\$350	35%
救護車	\$30	\$75	\$250	35%
產科 – 分娩 (醫院)	10%	20%	30%	35%
兒科牙科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼鏡	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副
脊椎指壓療法 (由 American Specialty Health Plans 網絡的脊椎治療師提供)	不承保	不承保	不承保	\$15 (每年最多可看診 15 次)
針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師提供)	\$5	\$15	\$35	\$55
網絡內日曆年醫療自付額 ⁶	\$0	\$0	\$0	每人 \$1,750/ 每個家庭 \$3,500
網絡內日曆年最高付現額 (含自付額)	每人 \$1,150/ 每個家庭 \$2,300	每人 \$3,000/ 每個家庭 \$6,000	每人 \$6,100/ 每個家庭 \$12,200	每人 \$8,750/ 每個家庭 \$17,500
網絡內日曆年藥房自付額	\$0	\$0	\$0	每人 \$300/ 每個家庭 \$600 ⁶

此表詳細提供從網絡內醫療服務提供者處接受常規服務所涉及的計劃自付額、共付額和共保額。如欲獲得更多資訊，包括網絡外福利，請造訪 blueshieldca.com/policies。

在達到自付額前（如適用），您需負責支付所有不超過允許費用的金額。接著，您應支付如下所述的共付額或共同保險。一旦您達到了計劃的最高付現額，則 Blue Shield 將就您從專有 PPO 網絡內醫療服務提供者獲得的多數承保服務支付 100% 的費用。


















= 在達到任何自付額之前，會員可享受福利



= 福利適用於自付額

	Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO	Blue Shield Bronze 60 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO	Blue Shield Minimum Coverage PPO
透過所示內容提供的計劃	僅限 Blue Shield	Blue Shield 以及 Covered California	Blue Shield 以及 Covered California	Blue Shield 以及 Covered California
福利	在從合約醫療服務提供者處接受服務的情況下，會員支付：¹			
預防性健康福利	\$0	\$0	\$0	\$0
診所看診 – 主治醫師	35%	\$60	\$0	每一承保年度，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$0；在達到自付額標準之後，每次診療 \$0 ⁵
診所看診 – 專科醫師	35%	每一日曆年，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$95；在達到自付額標準之後，每次診療 \$95 ²	\$0	\$0
Teladoc Health 就診	\$0	\$0	\$0	\$0
緊急護理就診	35%	\$60	\$0	每一承保年度，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$0；在達到自付額標準之後，每次診療 \$0 ⁵
第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給)	35% (每個處方最高 \$250) ⁵	\$19	\$0 ⁵	\$0 ⁵
第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給)	35% (每個處方最高 \$250) ⁵	40% (每個處方最高 \$500) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	35% (每個處方最高 \$250) ⁵	40% (每個處方最高 \$500) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
第 4 層級藥物 (最多 30 天的供給)	35% (每個處方最高 \$250) ⁵	40% (每個處方最高 \$500) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
化驗	35%	\$40	\$0	\$0
X 光	35%	40%	\$0	\$0
住院治療	35%	40%	\$0	\$0
門診手術	35%	40%	\$0	\$0
未導致入院的急診室服務	35%	40%	\$0	\$0
救護車	35%	40%	\$0	\$0
產科 – 分娩 (醫院)	35%	40%	\$0	\$0
兒科牙科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼科檢查	\$0	\$0	\$0	\$0
兒科眼鏡	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副	1 年 1 副
脊椎指壓療法 (由 American Specialty Health Plans 網絡的脊椎治療師提供)	35% (每年最多可看診 15 次)	不承保	不承保	不承保
針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師提供)	35%	\$60	\$0	每一承保年度，在達到自付額標準之前的前 3 次診療，每次費用 \$0；在達到自付額標準之後，每次診療 \$0 ⁵
網絡內日曆年醫療自付額 ⁶	每人 \$2,600/ 每個家庭 \$5,200	每人 \$5,800/ 每個家庭 \$11,600	每人 \$6,650/ 每個家庭 \$13,300	每人 \$9,200/ 每個家庭 \$18,400
網絡內日曆年最高付現額 (含自付額)	每人 \$6,850/ 每個家庭 \$13,700	每人 \$8,850/ 每個家庭 \$17,700	每人 \$6,650/ 每個家庭 \$13,300	每人 \$9,200/ 每個家庭 \$18,400
網絡內日曆年藥房自付額	包含在醫療自付額內	每人 \$450/ 每個家庭 \$900 ⁶	包含在醫療自付額內	包含在醫療自付額內

定義

-  **HDHP** – 高自付額健康計劃。
-  **保費** – 您每月支付給 Blue Shield 的醫療保險計劃的金額。
-  **第 1 層級** – Blue Shield 標準藥品處方集中的多數學名藥和低廉的首選品牌藥。
-  **第 2 層級** – 由 Pharmacy and Therapeutics Committee (藥房和治療委員會) 根據 Blue Shield 標準藥品處方集中的藥物安全性、藥效和成本推薦的非首選學名藥、首選品牌藥和藥物。
-  **第 3 層級** – 非首選品牌藥物；由 Pharmacy and Therapeutics Committee 根據藥物安全性、藥效和成本推薦的藥物；或 Blue Shield 標準藥品處方集中，通常有首選且經常費用更少的較低層級治療替代方案的藥物。
-  **第 4 層級** – Food and Drug Administration (美國食品藥物管理局) 或製藥公司要求分派給特種藥房的藥物；需經過培訓或在臨牀監督下方能進行自我給藥的藥物；或者單月供給的計劃費用 (扣除退還款) 超過 \$600 的藥物。
-  **費用分擔** – Blue Shield 與會員共同分擔的保健服務費用。
-  **福利 (承保服務)** – 由健康計劃所承保的具醫療必要性的服務及用品。
-  **共保額** – 在達到任何日曆年自付額後，會員所需為福利繳付的一定比例金額。
-  **共付額 (共付)** – 在達到任何適用的日曆年自付額後，會員所需為福利繳付的固定美金金額。
-  **合約醫療服務提供者/網絡醫療服務提供者** – 醫療服務提供者 (包括醫師和醫院) 經與 Blue Shield 簽約為特定健康計劃的會員提供承保服務。網絡提供者同意接受 Blue Shield 的合約費率，以此作為承保服務的付款。
-  **藥品處方集** – 由 Food and Drug Administration 批准並依據藥物安全性、有效性和成本所選擇的藥物列表。
-  **允許費用** – Blue Shield 用於確定承保服務的美金金額。
-  **自付額** – 在 Blue Shield 開始支付前，會員在每個日曆年為大部分承保服務所支付的金額。特定承保服務，如預防保健服務，在會員達到日曆年自付額前由計劃承保。
-  **最高付現額** – 個人或家庭每年需要支付的所有承保服務的自付額、共付額和共同保險金額的總和。

如有疑問，需要報價，或者想申請？



請造訪 blueshieldca.com/getblue 或詢問您的保險經紀人

您的保險經紀人可協助您透過 Blue Shield 或 Covered California (coveredca.com)，即加州健康保險的交易場所申請 Blue Shield 計劃。

我們還提供牙科計劃、眼科計劃*及人壽保險計劃*，不論您有沒有醫療計劃，您都可以購置這些計劃。詢問您的保險經紀人或造訪 bsca.com/ifpspecialty2025。



此文件非合同性質。所有福利描述僅對計劃福利做概要介紹。如需獲得詳細計劃福利和排除條款之描述，請參見 Evidence of Coverage (EOC, 承保範圍說明書)。您也可以查閱我們的福利和承保範圍摘要 (SBC) 表，以便在獲取服務時更好地瞭解計劃福利的整體概述以及您應當承擔的財務職責。可在 blueshieldca.com/policies 上或者透過致電 (888) 256-3650 聯絡我們，以便獲取計劃的 EOC 和 SBC 資料。我們還為美國印第安人及阿拉斯加原住民提供特殊計劃。造訪 coveredca.com 瞭解更多資訊。

- ¹ 所示的數額為允許費的一定比例。網絡內醫療服務提供者接受 Blue Shield 的允許費用，以此作為承保服務的全部付款。
- ² 在達到日曆年醫療自付額要求前，前三次診療可支付 \$95 的自付額。會員將為後續就診支付全額合約費率，直至達到日曆年的醫療自付額。一旦達到日曆年的醫療自付額，會員就將為專科診所診療支付 \$95 自付額。
- ³ 在達到日曆年醫療自付額要求前，您可享受三次診療，包括主治醫師、醫師上門看診、緊急照護、針灸、門診患者心理健康、門診物質使用障礙治療及其他健康從業人員處的就診。隨後的就診適用於日曆年醫療自付額。
- ⁴ 處方藥適用於日曆年藥房自付額。
- ⁵ 所有處方藥適用於承保年度醫療保險自付額。
- ⁶ 家庭保險的家庭自付額內有單獨的個人自付額。一旦會員滿足個人自付額的要求後，Blue Shield 將支付其家庭計劃中的個別會員福利。一旦滿足家庭自付額的要求後，Blue Shield 將支付所有受保家庭成員的承保福利。當兩位家庭成員滿足其個人自付額的要求後，或三位或以上的家庭成員的自付額總額達到家庭自付額限額後，即算滿足了家庭自付額。

* 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 承保。

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A12179-PPO-OL-CT_0125