保護病人權益辦公室的提示

我的HMO費用 My HMO Costs

THE PATIENT ADVOCATE

HMO健保計劃名稱: _____

保費 (premium): 這是您每月為HMO健保計劃支付的月費。

$ _____ /月 X 12 = $ _____ **每年保費**

扣除額 (Deductible): 這是您每年必須支付的醫療服務費用金額，之後，健保計劃才開始為您支付。 並不是所有的健保計劃都有扣除額。有些健保計劃另外設有處方藥物扣除額。

$ _____ **每年為醫療服務支付的扣除額**

$ _____ **每年為處方藥物支付的扣除額**

自付額或共同保險 (Co-pay or Co-insurance): 有些健保計劃有自付額。這是您接受服務時支付的定額費用。其他健保計劃有共同保險。這是您支付的每次服務費用的一個百分比。

自付額或共同保險

$ 或 % _____ 每次醫生會診

$ 或 % _____ 每次住院

$ 或 % _____ 每次去急診室

$ 或 % _____ 每次領取非品牌處方藥物

$ 或 % _____ 每次領取品牌處方藥物

您應該瞭解的其他HMO費用和福利限額:

自付總額上限 (out-of-pocket maximum): 您一年內要支付的最高費用數額。**注意:** 自付總額上限不包括處方藥物和某些預防性照護服務的自付額或共同保險額。即使您的醫療費用支出已經達到自付總額上限，您仍然要支付這些費用。

$ _____ **每年自付總額上限**

終生支付額上限: 這是健保計劃肯為您的終生照護服務支付的費用額上限。Medicare 和 Medi-Cal 沒有終生支付額上限。

$ _____ **終生支付額上限**