

個人和家庭

## Trio HMO 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](https://blueshieldca.com/getblue)，進行詢價和申請。

### Blue Shield of California 的 Trio HMO

#### 您附近範圍內所需的醫療服務提供者

我們的 Trio HMO 計劃旨在以實惠的價格為您提供優質當地醫師和醫院網絡，例如 Dignity Health、Hoag Memorial、Good Samaritan、John Muir、Loma Linda、Scripps、MemorialCare、UC San Francisco 等等 – 通常每月費率低於大多數 PPO 計劃。Trio HMO 透過與致力於提供優質成果的醫療服務提供者合作，並幫助會員瞭解其自身的保險和醫療保健系統來降低保費。

請從我們的 IFP Trio HMO 網絡中選擇一位主治醫師 (PCP)，指導您獲得所需的護理。您可以選擇現場 PCP，也可以在舒適的家中透過視訊或電話聯絡線上 PCP。線上 PCP 可以提供與現場 PCP 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。他們甚至提供線上或面對面找專家看診所需的轉介。您將擁有一個完整的線上團隊 (包括健康教練) 來監督和協調所有護理方面。

會員可隨時與該線上團隊取得聯絡，從而比以往更易獲得及時關注。如需查找 Trio HMO 醫生和醫院，請造訪 [blueshieldca.com/networkifphmo](https://blueshieldca.com/networkifphmo)。如果您不選擇 PCP，我們可能會指派一名線上 PCP。但您可隨時更換您的 PCP。

#### Trio HMO 的服務區域是哪裏？

在加州 28 個縣均有提供 Trio HMO 計劃。如需瞭解所在區域是否提供 Trio HMO 計劃，請造訪 [blueshieldca.com/triocheck](https://blueshieldca.com/triocheck)，或聯絡您的保險經紀人。

#### Shield Concierge – 一個電話，衆多專家

不論是需要幫助查找 PCP 或是配處方藥，對帳單有疑問，或想要一些健康指導，僅需給 Shield Concierge 打個電話即可獲得幫助。Shield Concierge 是一支專家團隊，所有專家共同為您提供服務。您的 Shield Concierge 團隊包括：

- 客戶服務代表
- 註冊護士
- 藥劑師
- 藥房技師
- 健康輔導員
- 社工

## 您的計劃選項

我們有多種 Trio HMO 健康計劃可供您選擇。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 HMO 計劃是很好的選擇。

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 Trio HMO
- Blue Shield Silver 87 Trio HMO
- Blue Shield Silver 73 Trio HMO

Silver

73

Bronze

7500

### Bronze 級計劃

這項計劃的月費率最低，但在您獲得護理時的成本最高。若您很少看醫生且希望萬一發生意外時能有保障，這是很好的選擇。

## 您出行時亦受承保

不論您是商務出行還是休閒旅遊，Blue Shield HMO 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，且在達到醫療自付額要求前，可以提供該服務。這意味著 Teladoc Health 可成為前往急診室或緊急護理中心的快速且具成本效益的替代方案。

## 財政協助

您可能資格獲取 Covered California 提供的政府財政協助，以支付您任何 Blue Shield Trio HMO 計劃項下的月保費。請造訪

[blueshieldca.com/assistance](https://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。



請參見第 5 頁的重要醫學術語定義，它們很有助益。

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。只有使用 IFP Trio HMO 網絡內提供者時，方可獲得計劃福利。由您的醫療團隊之外的醫療服務提供者提供的服務不受承保，急診照護、緊急和後續照護除外。

如欲獲得更多資訊，請造訪 [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies)。

 = 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 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
透過所示內容提供的計劃	Blue Shield 和 Covered California 提供的計劃	Blue Shield 和 Covered California 提供的計劃	僅限 Blue Shield	僅限 Covered California
<b>福利</b>	<b>在從合約醫療服務提供者處接受服務的情況下，會員支付：<sup>1</sup></b>			
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 <sup>2</sup>	\$60 <sup>2</sup>
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$25	\$85	\$90 <sup>2</sup>	\$90 <sup>2</sup>
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) <sup>2</sup>	20% (每一處方最多 \$250) <sup>2</sup>
化驗	\$15	\$40	\$50	\$50
X 光	\$30	\$75	\$95	\$95
住院治療	每天 \$225 (每次入院最多 5 天)	每天 \$350 (每次入院最多 5 天)	30%	30%
門診手術	\$75	\$130	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)	每天 \$225 (每次入院最多 5 天)	每天 \$350 (每次入院最多 5 天)	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
日曆年醫療自付額 <sup>4</sup>	\$0	\$0	每人 \$5,400/ 每個家庭 \$10,800	每人 \$5,400/ 每個家庭 \$10,800
日曆年最高付現額 (包括自付額)	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
日曆年藥房自付額 <sup>4</sup>	\$0	\$0	每人 \$50/ 每個家庭 \$100	每人 \$50/ 每個家庭 \$100

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](https://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](https://coveredca.com) 瞭解更多資訊。

1 所示的數額為允許費用的一定比例。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 處方藥適用於日曆年藥房自付額。  
3 所有處方藥適用於承保年度醫療保險自付額。

4 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。

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 IFP Trio HMO 網絡醫療服務提供者獲得的多數承保服務支付 100% 的費用。

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。只有使用 IFP Trio HMO 網絡內提供者時，方可獲得計劃福利。由您的醫療團隊之外的醫療服務提供者提供的服務不受承保，急診照護、緊急和後續照護除外。

如欲獲得更多資訊，請造訪 [blueshieldca.com/policies](https://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 IFP Trio HMO 網絡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 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Bronze 7500 Trio HMO
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： <sup>1</sup>			
預防性健康福利	\$0	\$0	\$0	\$0
診所看診 - 主治醫師	\$5	\$15	\$35	\$60
診所看診 - 專科醫師	\$8	\$25	\$85	\$80
Teladoc Health 就診	\$0	\$0	\$0	\$0
緊急護理就診	\$5	\$15	\$35	\$60
第 1 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$3	\$5	\$15	\$25
第 2 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$10	\$25	\$55	\$115 <sup>3</sup>
第 3 層級藥物 (最多 30 天的供給)	\$15	\$45	\$85	\$160 <sup>3</sup>
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)	50% (最多 \$500) <sup>3</sup>
化驗	\$8	\$20	\$50	\$65
X 光	\$8	\$40	\$95	\$115
住院治療	10%	20%	30%	50%
門診手術	10%	20%	30%	50%
未導致入院的急診室服務	\$50	\$150	\$350	50%
救護車	\$30	\$75	\$250	50%
產科 - 分娩 (醫院)	10%	20%	30%	50%
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	\$20 (每年最多可看診 12 次)
針灸 (由 American Specialty Health Plans 網絡的針灸醫師提供)	\$5	\$15	\$35	\$50
日曆年醫療自付額 <sup>4</sup>	\$0	\$0	\$0	每人 \$7,500/ 每個家庭 \$15,000
日曆年最高付現額 (包括自付額)	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 \$8,850/ 每個家庭 \$17,700
日曆年藥房自付額 <sup>4</sup>	\$0	\$0	\$0	包含在醫療自付額之中

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)。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](https://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](https://coveredca.com) 瞭解更多資訊。

1 所示的數額為允許費用的一定比例。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 處方藥適用於日曆年藥房自付額。  
3 所有處方藥適用於承保年度醫療保險自付額。

4 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。

## 定義

-  **HMO (健康維護組織)** – 一種健康計劃，主治醫師為會員提供照護，幫助協調會員照護，並將其轉至計劃網絡中的其他保健服務提供者。
-  **保費** – 您每個月支付給 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價的首選品牌藥。
-  **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。
-  **主治醫師** – 負責協調會員照護和將其轉介至計劃網絡中其他醫療保健提供者的醫師。
-  **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](https://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](https://coveredca.com))，即加州健康保險的交易場所申請 Blue Shield 計劃。

若您所在的區域沒有 Trio HMO，我們在加州各地提供 PPO 計劃。如需瞭解更多有關 PPO 計劃的資訊，請向您的保險經紀人索取本手冊的 PPO 版或造訪 [blueshieldca.com/getblue](https://blueshieldca.com/getblue)。

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](https://bsca.com/ifpspecialty2025)。



\*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-HMO-OL-CT\_0125