

## 请记住 - 一套完善的方案将最终为您节省资金。

请向您的 Anthem Blue Cross 代理咨询，以抓住这些可以实现巨大节约的绝佳机会。

### 完善您的福利方案并在受益的同时节省支出！

如果仅为雇员提供医疗保险，那么，您只能获得可轻松获得的回报、费用节省以及福利中的一部分。下面的信息将帮助您了解我们的牙科、眼科和人寿保险如何帮助您完善您的福利方案。

**节约 1% 的医疗费用** - 购买价值 25,000 美元或更高价值的带有医疗福利的人寿保险后，您将节约 1% 的医疗保费\* — 从而使得人寿保险比以往任何时候都更加经济适用。

**人寿险和牙科险各节约 6% - 同时购买价值 25,000 美元或更高价值的人寿险以及我们承保的任何牙科计划后，人寿险的保费将节约 6%，同时牙科险的保费也将节约 6%。而且这还不包括医疗保险所节约的 1% 的保费！**

\*.90 是可用的最佳风险调整系数

另外，购买我们的 EmployeeElect 计划后，您也就为您的雇员提供了简单、实用的方式，来帮助其改善和驾驭其健康。

### 360° Health 提供了：

- 在线资源
- 交互式健康方案
- 健康产品折扣

## HMO 保险概览

由 Anthem Blue Cross 提供

此表描述了通用条款中的福利，所做比较只针对网络内的服务提供商。这不是一份合同，也不是请求申请；对保险的申请只能以正式报价的形式进行请求。

由 Anthem Blue Cross 提供	Power SelectHMO	Power \$35 SelectHMO <b>新方案！</b>	Saver HMO	Saver \$30 HMO <b>新方案！</b>	Classic HMO	Classic \$30 HMO <b>新方案！</b>	HMO 100%	HMO \$25 100% <b>新方案！</b>
<b>网络内最高终生福利</b>	每名会员终生无限制的福利	每名会员终生无限制的福利	每名会员终生无限制的福利	每名会员终生无限制的福利	每名会员终生无限制的福利	每名会员终生无限制的福利	每名会员终生无限制的福利	每名会员终生无限制的福利
<b>您的选择</b>	我们提供的最经济的 HMO 计划与其自己的网络一道推出。（注：这些计划可能不会与我们的任何非 SelectHMO 一起提供。）		这些计划的低保费 + 高福利 - 得到您的雇员赞赏的经济适用的解决方案。		这些计划是对福利和价值进行理想平衡的传统选择。		在这些综合全面的计划中，涵盖了我们最为丰厚的 HMO 福利。	
<b>年度医疗自付额</b>	\$500 每名会员 (适用于住院和门诊设施服务、流动手术救护中心和透析中心、医疗急救除外)	每名会员 1,000 美元 (适用于住院和门诊设施服务、流动手术救护中心和透析中心、医疗急救除外)	\$1,500 每名会员	每名会员 2,500 美元 (适用于住院和门诊设施服务、流动手术救护中心和透析中心、医疗急救除外)	无	无	无	无
<b>年度自付最高金额<sup>1</sup></b>	每名会员 2,250 美元 每个家庭合计 4,500 美元 <sup>1</sup> 自付额适用于年度自付最高金额	每名会员 3,000 美元 每个家庭合计 6,000 美元 <sup>1</sup> 自付额适用于年度自付最高金额	每名会员 2,250 美元 每个家庭合计 4,500 美元 <sup>1</sup> 自付额适用于年度自付最高金额	每名会员 3,000 美元 每个家庭合计 6,000 美元 <sup>1</sup> 自付额适用于年度自付最高金额	每名会员 1,750 美元 每个家庭合计 3,500 美元 <sup>1</sup>	每名会员 2,500 美元 每个家庭合计 5,000 美元 <sup>1</sup>	每名会员 1,750 美元 每个家庭合计 3,500 美元 <sup>1</sup>	每名会员 1,750 美元 每个家庭合计 3,500 美元 <sup>1</sup>
<b>诊所就医</b>	医疗团体或初级医疗护理人员探视共付 25 美元； 专家和转诊共付 35 美元 (不计入自付额)	医疗团体或初级医疗护理人员探视共付 35 美元； 专家和转诊共付 50 美元 (不计入自付额)	20 美元共付额 (不计入自付额)	医疗团体或初级医疗护理人员探视共付 30 美元； 专家和转诊共付 40 美元 (不计入自付额)	20 美元共付额	医疗团体或初级医疗护理人员探视共付 30 美元； 专家和转诊共付 40 美元	10 美元共付额	25 美元共付额
<b>专业服务</b> 包括分娩、 诊断化验和 X 光	不收费 <sup>2</sup>	不收费 <sup>2</sup>	不收费 <sup>2</sup>	不收费 <sup>2</sup>	不收费 <sup>2</sup>	不收费 <sup>2</sup>	不收费 <sup>2</sup>	不收费 <sup>2</sup>
<b>医院住院和门诊设施服务</b>	10% 的住院共付额 (扣除自付额后) 20% 的门诊共付额 (扣除自付额后)	20% 的住院共付额 (扣除自付额后) 30% 的门诊共付额 (扣除自付额后)	不收取费用 (扣除自付额后)	不收取费用 (扣除自付额后)	250 美元的住院共付额 20% 的门诊共付额	500 美元的住院共付额 20% 的门诊共付额	不收费	不收费
<b>处方药<sup>3</sup></b> 显示的金额对应的是通过零售可获得的 30 天的量；通过邮购可获得 60 天的量 (共付额适用于每 30 天的量)	15 美元学名药 25 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)	15 美元学名药 25 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)	10 美元学名药 25 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)	10 美元学名药 25 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)	10 美元学名药 25 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)	10 美元学名药 25 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)	10 美元学名药 20 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)	10 美元学名药 20 美元品牌药 (扣除每名会员每年 150 美元品牌处方药的自付额后)
<b>网络服务</b>	由 SelectHMO 网络提供服务 (并非在所有国家提供)		由 Anthem Blue Cross HMO (California Care Network) 提供服务，在大多数国家都提供此服务。提供 HMO 保险的雇主必须在 CaliforniaCare 网络或 Power SelectHMO 网络中选择一个；可能不能同时提供两个网络中都有的计划。					

注：

- Basic PPO 和 Saver PPO 是基本的医院和有限专业福利计划。一些承保服务是有限的。
- 500 美元的自付额适用于医院住院设施和专业服务、医院门诊手术、医疗急救、放疗、血液透析治疗、输液治疗、针灸/指压按摩、与承保的医院门诊手术服务相关的专业服务、救护车、专业护理设施、家庭医疗保健以及承保的牙科保健服务 (参见注释 3 以了解单独的 5,000 美元的自付额)。
- 5,000 美元自付额 (与 500 美元的自付额分开) 开始累计的时间为：使用了每年的初始就诊就医次数 (成年人 2 次/儿童 4 次) 并且依据此计划支付了初始的最高诊断化验和 X 光费用以后 (请参看保险单了解详细信息)；会员达到 5,000 美元的自付额后，其后的诊所就医、诊断化验和 X 光费用以及额外的符合条件的承保支出均按 100% 符合条件的费用承保。一旦属于同一个家庭的两名会员达到了 5,000 美元的自付额，则整个家庭符合条件的费用都会被 100% 承保。
- 每个家庭的金额是进行累计的，即当一个或多个家庭成员符合条件的承保支出 (合计) 达到了该金额时，则视作所有相关家庭成员满足了该要求。
- Anthem Blue Cross 人寿健康保险公司按 100% 的承保支出支付网络内和网络外承保的服务 (处方药除外)，直至达到全额给付保险 (FDC) 的上限。在用完 FDC 额度后，必须达到自付额后，Anthem Blue Cross 人寿健康保险公司才会支付后续承保服务的费用。FDC 不适用于年度自付额。如果会员在一年中的最后一个季度前加入此计划，则所有的 FDC 余额会自动转至下一年度。FDC 可转至下一年，使 FDC 的上限达到原来的两倍 (如：500 美元 x 2 = 1,000 美元)。
- Anthem Blue Cross 人寿健康保险公司按 100% 的承保支出支付网络内和网络外的服务 (包括处方药)，最高为健康激励计划额度 (HIA)。在用完 HIA 额度后，必须达到自付额后，Anthem Blue Cross 人寿健康保险公司才会支付后续承保服务的费用 (注：网络内的预防性医疗服务不计入自付额)。HIA 适用于年度自付额并且可无限期地转入下一年。如果保单的开始生效日期不在一月份，则 HIA 将根据生效日的月份按比例进行分配。如果您到年底未用完分配到的全部额度，则未使用的部分将转至下一年使用。
- 影响最高年度自付额的费用因计划而异，并且具有约束和限制。详情参见各个计划的《保险联合证明和披露表》或保险单。
- 自行注射药物 30% 的议定费，不包括胰岛素 (对于某些计划，应计入品牌处方药的自付额)。
- 如果在有同类学名药的情况下，会员选择使用品牌药，则即使医生开具了“按书写内容配药”或“不可替代”的处方，该会员仍需承担学名药的共付额以及品牌药与同类学名药之间的差价。所支付的金额不适用于会员的品牌药自付额。
- 如果医生开具了“按书写内容配药”或“不可替代”的处方，则在有学名药的情况下，会员可以选择品牌药。
- 对于投保时间超过 6 个月的会员，最高年度受益额为 200 美元；而对于投保时间为 6 个月或时间更短的会员，则只能享受 100 美元的受益额。
- 分娩服务计入诊所就医共付额。

EmployeeElect

Anthem Blue Cross

Anthem Blue Cross

借助 Anthem Blue Cross 和 Anthem Blue Cross 人寿健康保险公司，您的雇员将获得其想要的值得信赖的优质福利，同时您还可以获得所需的定价灵活性。尽管放下心来，让 EmployeeElect 为您效劳。

anthem.com/ca



## EmployeeElect 健康保险计划

专门为员工数为 2-50 人的企业设计。定制您的选择。控制您的成本。

帮助您的员工全年保持健康

所有小团体 HMO 医疗和牙科计划、Premier 1 和 120 Copy 计划和 PPO 430/440 Copy 计划均由 Anthem Blue Cross 推出。所有其他的小团体医疗、牙科、眼科、团体定期寿险以及 AD&D 都由 Anthem Blue Cross 人寿健康保险公司提供。Anthem Blue Cross 是 Blue Cross of California 的商标名，Blue Cross Association 的独立持照人。

工伤保险由 Employers' 工伤保险公司提供。它是一家独立的公司，不提供 Blue 品牌的产品或服务。Premium Only Plan (POL) 管理服务由 Cardinal Benefit Services 公司提供。这是一家独立的公司，不隶属于 Anthem Blue Cross 或其附属公司或母公司。

“ANTHEM、LUMENS 和 360° HEALTH 是注册商标。Dental Blue 和 Blue Cross 的名称和符号是 Blue Cross Association 的注册服务标志。

此宣传册是对保险的概要介绍。有关保险、福利以及排除和限制的全面描述都包含在保险单和或《保险联合证明和披露表》中。

	经济适用的保障				解决方案			DOLLARS & SENSE					要素优先			理想的平衡			卓越的设计				
	Basic PPO**	Saver PPO**	PPO \$45 Copay GenRx**	PPO \$35 Copay GenRx**	Solution 2500 PPO**	Solution 3500 PPO**	Solution 5000 PPO**	PPO 3500 (与 HSA 相容)**	PPO 2400 (与 HSA 相容)**	Lumenos® HSA 3000 (与 HSA 相容)**	Lumenos® HSA 2000 (与 HSA 相容)**	Lumenos® HSA 1500 (与 HSA 相容)**	High Deductible EPO*	PPO Power HealthFund 500**	PPO Power HealthFund 750**	Lumenos® HIA Plus 3000**	PPO \$40 Copay*	PPO \$30 Copay*	Advantage PPO \$25 Copay**	Premier PPO \$20 Copay*	Premier PPO \$10 Copay*		
<b>最高终生福利</b>	每名会员可享受 5,000,000 美元的终生福利				每名会员可享受 5,000,000 美元的终生福利			每名会员可享受 5,000,000 美元的终生福利					每名会员可享受 5,000,000 美元的终生福利			每名会员可享受 5,000,000 美元的终生福利			每名会员可享受 5,000,000 美元的终生福利				
<b>您的选择</b>	通过极有价值的住院保障, 我们最为经济适用的 PPO 计划可免除您的后顾之忧。	此经济适用的 PPO 计划不仅提供了住院保障, 还提供了专业服务的福利。	仅针对学名药的保险使得这些独特的计划保费低, 但福利高。		此费率水平适度的计划拥有较高的自付额, 其提供了达到自付额前支付的、可预测的诊所就医共付额、预防性医疗和体检。			先进的解决方案与健康储蓄账户 (HSA) 共同发挥作用, 让您的雇员同时享受到健康计划和财务战略所带来的福利。		这些消费者驱动型健康计划提供: · 100% 的网络内预防性医疗 (仅在达到年度自付额前) · 与税收优惠 HSA (有助于医疗护理和处方药的支付) 的相容性 · 与传统的健康保险“接轨”的自付金额 · 综合全面的 PPO 保障			作为独有服务提供商组织 (EPO), 仅在网络内提供保险福利。符合条件的雇员开立了单独的健康储蓄账户 (HSA) 后, 该计划还使其能享受税收优惠。	这些计划为您最需要的许多服务提供了全额给付保险。			这些广受欢迎的计划提供了全面的保险, 其收取中等额度的保费, 且具有较低的自付额和诊所就医共付额。			丰厚的福利和较低的诊所就医共付额使该计划成为上上之选。		这些高端计划提供了丰厚的福利, 包括全面覆盖品牌药物 - 使其成为名副其实的卓越方案。	
<b>年度医疗自付额</b>	每名会员 1,250 美元 最多 2 名会员	每名会员 500 美元 最多 2 名会员 仅用于符合条件的承保支出 <sup>1,2</sup>  对于额外的诊所就医和特定的诊断化验、X 光及医院门诊服务, 另行支付 5,000 美元自付额 <sup>3</sup>	每名会员 750 美元 最多 2 名会员	每名会员 500 美元 最多 2 名会员	每名会员 2,500 美元; 最多 2 名会员, 网络内和网络外的总计	每名会员 3,500 美元; 最多 2 名, 网络内和网络外的总计	每名会员 5,000 美元; 最多 2 名, 网络内和网络外的总计	43,500, 每名会员 每个家庭合计 7,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 2,400 美元 每个家庭合计 4,800 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 3,000 美元 每个家庭合计 6,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 2,000 美元 每个家庭合计 4,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 1,500 美元 每个家庭合计 3,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 2,000 美元 每个家庭合计 4,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	全额给付保险 (FDCI): 每名会员 500 美元 每个家庭合计 1,000 美元 <sup>4</sup> 不包含处方药	全额给付保险 (FDCI): 每名会员 750 美元 每个家庭合计 1,500 美元 <sup>4</sup> 不包含处方药	健康激励计划额度 (HIAI): 每名会员 1,000 美元 每个家庭合计 2,000 美元 <sup>4</sup> 包含处方药	每名会员 500 美元 最多 2 名会员	每名会员 500 美元 最多 2 名会员	每名会员 250 美元 最多 2 名会员	每名会员 250 美元 最多 2 名会员	每名会员 250 美元 最多 2 名会员		
<b>年度自付最高金额<sup>5</sup></b>	自付额加上 每名会员 2,000 美元 最多 2 名会员	每名会员 2,000 美元, 仅用于涉及 的符合条件的承保支出; 最多 2 名会员	每名会员 4,500 美元; 最多 2 名会员	每名会员 4,000 美元; 最多 2 名会员	每名会员 5,000 美元; 最多 2 名 会员	每名会员 5,000 美元; 最多 2 名会员	每名会员 7,500 美元; 最多 2 名 会员	每名会员 4,000 美元 每个家庭合计 7,500 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 3,600 美元 每个家庭合计 5,500 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 3,000 美元 每个家庭合计 6,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 2,000 美元 每个家庭合计 4,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 1,500 美元 每个家庭合计 3,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 3,100 美元 每个家庭合计 5,700 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 5,000 美元 每个家庭合计 10,000 美元 <sup>4</sup>	每名会员 5,000 美元 每个家庭合计 10,000 美元 <sup>4</sup>	每名会员 3,000 美元 每个家庭合计 6,000 美元 <sup>4</sup> 包含了医疗/药物	每名会员 4,500 美元 最多 2 名会员	每名会员 4,000 美元 最多 2 名会员	每名会员 3,600 美元 最多 2 名会员	每名会员 3,000 美元 最多 2 名会员	每名会员 2,500 美元 最多 2 名会员		
<b>诊所就医</b>	不在承保范围内	初始诊所就医: 成年人为前 2 次儿童为前 4 次: 20 美元共付额 (不计入自付额) 超过上述次数后的诊所就医: 会员支付 100% 的费用, 每年最多支付 5,000 美元; 然后, Anthem Blue Cross 支付所有合理费用	每名会员为前 12 次: 45 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 45% (不计入自付额)	每名会员为前 12 次: 35 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 45% (不计入自付额)	25 美元共付额 (不计入年度自付额)	35 美元共付额 (不计入年度自付额)	40 美元共付额 (不计入年度自付额)	35 美元共付额 (扣除自付额后)	0% (扣除自付额后)  预防性医疗服务, 包括全国范围内推荐的预防性医疗服务, 额度为 0% (不计入自付额)			20% (扣除自付额后)	40 美元共付额 (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	35 美元共付额 (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	0% (扣除 HIA 和自付额后) <sup>6</sup> 预防性医疗服务, 包括全国范围内推荐的预防性医疗服务, 额度为 0% (不计入自付额)	每名会员为前 12 次: 40 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 45% (不计入自付额)	每名会员为前 12 次: 30 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 45% (不计入自付额)	每名会员为前 12 次: 25 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 45%, 最多 900 美元 10%, 901 美元到 3,600 美元 (不计入自付额)	每名会员为前 12 次: 20 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 40% (不计入自付额)	每名会员为前 12 次: 10 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 30% (不计入自付额)	每名会员为前 12 次: 10 美元共付额 超过上述次数后的诊所就医: 30% (不计入自付额)		
<b>专业服务 包括分娩、 诊断化验和 X 光</b>	有限服务 20% (扣除自付额后)	有限专业服务, 包括分娩: 对于覆盖的服务为 20% 扣除自付额后 诊断化验和 X 光: Anthem Blue Cross 最多支付 500 美元 (不计入自付额)	45% (扣除自付额后)	35% (扣除自付额后)	25% (扣除年度自付额后)	35% (扣除年度自付额后)	40% (扣除年度自付额后)	0% (扣除自付额后)	20% (扣除自付额后)	0% (扣除自付额后)			20% (扣除自付额后)	40% (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	25% (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	0% (扣除 HIA 和自付额后) <sup>6</sup>	40% (扣除自付额后)	30% (扣除自付额后)	30%, 最多 900 美元; 然后是 10%, 901 美元到 3,600 美元 (扣除自付额后)	20% (扣除自付额后)	10% (扣除自付额后)		
<b>住院</b>	20% (扣除自付额后)	住院服务、门诊手术和输液治疗为 20% (扣除 500 美元的自付额后)	45% (扣除自付额后)	35% (扣除自付额后)	25% (扣除自付额后)	35% (扣除自付额后)	40% (扣除自付额后)	0% (扣除自付额后)	20% (扣除自付额后)	0% (扣除自付额后)			20% (扣除自付额后)	40% (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	25% (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	0% (扣除 HIA 和自付额后) <sup>6</sup>	40% (扣除自付额后)	30% (扣除自付额后)	30%, 最多 900 美元; 然后是 10%, 901 美元到 3,600 美元 (扣除自付额后)	20% (扣除自付额后)	10% (扣除自付额后)		
<b>处方药</b>	10 美元学名药 25 美元品牌药 <sup>8</sup> Anthem Blue Cross 每年 为每名会员最多支付 500 美元 (此后, 可以继续享受药物折扣)	15 美元学名药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> Anthem Blue Cross 每年为每名会员最多支付 500 美元 (此后, 可以继续享受药物折扣)	15 美元学名药 <sup>8</sup> (仅限 GenRx 保险产品目录中的处方药)	15 美元学名药 <sup>8</sup> (仅限 GenRx 保险产品目录中的处方药)	15 美元学名药 25 美元品牌药 <sup>8</sup> 50 美元非保险产品目录中的品牌药 <sup>9</sup> 每名会员 250 美元的品牌处方药自付额	15 美元学名药 35 美元品牌药 <sup>8</sup> 50 美元非保险产品目录中的品牌药 <sup>9</sup> 每名会员 250 美元的品牌处方药自付额	15 美元学名药 35 美元品牌药 <sup>8</sup> 50 美元非保险产品目录中的品牌药 <sup>9</sup> 每名会员 250 美元的品牌处方药自付额	10 美元学名药 25 美元品牌药 <sup>8</sup> (扣除自付额后)	0% (扣除自付额后)			10 美元学名药 25 美元品牌药 <sup>8</sup> (扣除自付额后)	10 美元学名药 35 美元品牌药 <sup>8</sup> (扣除每名会员每年 350 美元的品牌处方药自付额)	10 美元学名药 30 美元品牌药 <sup>8</sup> (扣除每名会员每年 250 美元的品牌处方药自付额)	0% (扣除 HIA 和自付额后) <sup>6</sup> 会员的支付金额适用于合计的医疗药物年度自付额。	15 美元学名药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> (扣除每名会员每年 150 美元的品牌处方药自付额)	15 美元学名药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> (扣除每名会员每年 150 美元的品牌处方药自付额)	15 美元学名药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> 每名会员 150 美元的品牌处方药自付额	15 美元学名药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> 每名会员 150 美元的品牌处方药自付额	15 美元学名药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> 25 美元品牌药 <sup>8</sup> 每名会员 150 美元的品牌处方药自付额	15 美元学名药 <sup>8</sup> 20 美元品牌药 <sup>8</sup> 20 美元品牌药 <sup>8</sup> 每名会员 150 美元的品牌处方药自付额	10 美元学名药 <sup>8</sup> 20 美元品牌药 <sup>8</sup> 20 美元品牌药 <sup>8</sup> 每名会员 150 美元的品牌处方药自付额	
<b>预防性医疗</b>	20% 的认定费用 (扣除自付额后)	20% 的认定费用 (不计入自付额)	扣除自付额后, 支付 45 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 45% 的费用	扣除自付额后, 支付 35 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 35% 的费用	扣除年度自付额后, 支付 25 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他超出与诊所就医相关的承保服务 25% 的费用	扣除年度自付额后, 支付 35 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他超出与诊所就医相关的承保服务 35% 的费用	扣除年度自付额后, 支付 40 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他超出与诊所就医相关的承保服务 40% 的费用	扣除自付额后, 支付 35 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 100% 的认定费用	扣除自付额后, 支付 35 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 20% 的费用	0% 包括在全国范围内推荐的预防性医疗服务。 (不计入自付额)			20% (扣除自付额后)	40 美元诊所就医共付额外加所有其他承保服务 40% 的费用 (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	35 美元诊所就医共付额外加所有其他承保服务 25% 的费用 (扣除 FDC 和自付额后) <sup>6</sup>	0% 包括在全国范围内推荐的预防性医疗服务。 (不计入自付额)	扣除自付额后, 支付 40 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 40% 的费用	扣除自付额后, 支付 30 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 30% 的费用	扣除自付额后, 支付 25 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务的费用 (900 美元以内, 按 30% 计算, 901 美元到 3,600 美元按 10% 计算)	扣除自付额后, 支付 20 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 20% 的费用	扣除自付额后, 支付 10 美元的诊所就医共付额 (不计入自付额) 外加所有其他承保服务 10% 的费用		
<b>HealthyCheck™ 两个层次的年度健康体检, 包括化验和免疫服务; 必须在 HealthyCheck 中心进行</b>	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	不适用	不适用	不适用	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	不在承保范围内			可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	不在承保范围内	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	可选择 25 美元或 75 美元共付额 (不计入自付额)	
<b>年度体检</b>	不在承保范围内	不在承保范围内	不在承保范围内	不在承保范围内	不计入年度自付额; 25 美元诊所就医共付额外超出与诊所就医相关的所有其他服务 25% 的费用	不计入年度自付额; 35 美元诊所就医共付额外超出与诊所就医相关的所有其他服务 35% 的费用	不计入年度自付额; 40 美元诊所就医共付额外超出与诊所就医相关的所有其他服务 40% 的费用	35 美元诊所就医共付额; 外加超过 Anthem Blue Cross 支付额的任何认定费用 <sup>10</sup> (不计入自付额)	35 美元诊所就医共付额; 所有其他承保服务 20% 的费用外加超过 Anthem Blue Cross 支付额的任何认定费用 <sup>10</sup> (不计入自付额)	由预防性医疗福利覆盖			不在承保范围内	不在承保范围内	不在承保范围内	不在承保范围内	由预防性医疗福利覆盖	不在承保范围内	不在承保范围内	25 美元诊所就医共付额; 外加所有其他承保服务的费用 (900 美元以内, 按 30% 计算, 901 美元到 3,600 美元按 10% 计算) <sup>10</sup> (不计入自付额)	20 美元诊所就医共付额外加所有其他承保服务 20% 的费用 <sup>10</sup> (不计入自付额)	10 美元诊所就医共付额外加所有其他承保服务 10% 的费用 <sup>10</sup> (不计入自付额)	

## 定制您的选择。 控制您的成本。

选择 EmployeeElect, 您能够:

- 从 PPO、HMO、与 HSA 相容的计划和消费者驱动型健康计划中进行选择

- 通过一系列的计划设计来定制适合您自己的方案

- 购买一个计划、几个计划的组合或所有计划

- 控制现金流 - 只需选择适合您的方案, 剩余的部分将直接从您雇员的工资中扣除:

- 固定的支出 - 您需要支付 100 美元或更多 (每次至少增加 5 美元)

- 传统的支出 - 您支付 50% 或更大的比例

- 百分比和计划支出 - 您支付 50% 或更多, 具体情况取决于特定的计划 (不包括 Basic PPO)

- 当您增加牙科险、眼科险、寿险和工伤险时, 还能节省更多医疗费用

- 让您的雇员置身于我们 360° Health™ 的关爱之中, 每个计划均包含了超值的健康和福利方案

- 确保您的保险费率和福利至少在一年内是有保障的

- 通过 EmployerAccess 的无缝在线体验更好地管理您的保险

请注意: 对于 Lumenos® 计划, 360° Health 方案可能会有所变化。

立即致电您的 Anthem Blue Cross 代理, 开始定制您的福利方案!

所有的福利比较都是针对网络内的服务提供商进行的, 所有福利都计入适用的自付额或共付额, 这只是一个总体概述。请参见《保险综合证明和披露表》或保险单了解保险、福利、特殊情况和限制的全面描述。请注意, 网络内的服务提供商同意以 Anthem Blue Cross 议定的费率支付全部承保服务的费用。表中所列福利均基于网络内服务提供商的议定费率 (网络外的服务提供商收取的费用可能会高于议定的费率)。当会员接受网络外服务提供商提供的服务时, 他们必须支付适用的共付额或共保费, 以及其他超过允许金额的费用。