

個人和家庭

牙科、眼科、人壽

牙科計劃、眼科計劃
和人壽保險



於 2024 年 1
月生效

現在就前往 buyblueshieldca.com 詢價和申請。

完善的計劃即是更優的計劃

好的健康不僅僅依靠正確飲食、鍛煉、進行常規體檢。關愛您的口腔健康以及視力也一樣重要。為此，我們提供了多種多樣的牙科及眼科*計劃，供您任意挑選。我們最受歡迎的其中一項計劃——Specialty DuoSM*——十分便利地將牙科和眼科保險打包併入一個保險套餐。

透過保護所愛之人的財務安全來完善保險。

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 的人壽保險可以在他們最需要幫助的時候為他們提供保護。

盡情歡笑吧，由我們為您提供牙科計劃

選擇一個我們的 PPO 或 HMO 牙科計劃，保護您的微笑，並且您將免費 (\$0) 享受包括洗牙和 X 光等一系列牙科福利。對於成人，計劃最低每月僅需 \$13.40。我們的每項個人及家庭醫療計劃均涵蓋兒科牙科及兒科眼科福利，如果您家有未滿 19 歲的子女，這些福利可以滿足他們的基本牙科及眼科需求。

無法確定該選哪個計劃？我們可以幫助您。

HMO 計劃相較於 PPO 計劃，通常月保費更低，對服務的付現額度也更低。而 PPO 計劃在牙醫的選擇上則更為靈活。因此，如果您更希望在牙科服務提供者上有更多選擇，或願意支付稍微多一些，您可選擇 PPO 計劃。如果比起更多牙醫選擇，您更注重降低費用，那麼 HMO 計劃可能正合您的心意。請造訪 blueshieldca.com/fad 查找您所在區域內的 PPO 或 HMO 牙醫。

現在您對您的選擇有了概略瞭解，請在第 2 和第 3 頁查看計劃的詳細對比，在第 6 頁查看計劃費率。



請參見第 7 頁的重要醫學術語定義，它們很有助益。

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

牙科計劃	Dental Standard HMO	Dental HMO	Dental PPO	Specialty Duo 牙科+眼科醫療保險套餐*	Dental PPO 1500
	直接透過 Blue Shield 提供的計劃				
最低成人費率	\$15.50	\$25.90	\$46.20	\$51.20	\$53.80
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				
診斷與預防服務（洗牙、X 光以和首次及定期的口腔檢查）	\$0	\$0	\$0 ²	\$0 ²	\$0 ²
修復服務 - 填充（樹脂基複合材料 - 一側表面，前側）	\$20	\$18	\$37 ³	\$37 ³	\$37 ³
口腔手術（拔除萌出牙或暴露的牙根抬高和/或鉗子取出）	\$40	\$34	\$40 ³	\$40 ³	\$40 ³
拔除阻生牙（完全骨阻生）	\$225	\$125	\$113 ³	\$113 ³	\$113 ³
根管治療（先前根管治療的再治療 - 前牙）	\$175	\$245	\$156 ³	\$156 ³	\$156 ³
根管治療（牙髓治療、磨牙- 不包括最終修復體）	\$355	\$290	\$234 ³	\$234 ³	\$234 ³
牙冠（烤瓷熔附貴金屬）	\$350 ⁶	\$300 ⁶	\$320 ⁵	\$320 ⁵	\$320 ⁴
橋體（烤瓷熔附高貴金屬）	\$350	\$300	\$293 ⁵	\$293 ⁵	\$293 ⁴
正畸治療	19 歲以下 \$2,350， 全口環套，兩年 年滿 19 歲 \$2,650， 全口環套，兩年	19 歲以下 \$2,350， 全口環套，兩年 年滿 19 歲 \$2,650， 全口環套，兩年	19 歲以下 \$2,350， 全口環套，兩年 ^{5,7} 年滿 19 歲 \$2,650， 全口環套，兩年 ^{5,7}	19 歲以下 \$2,350， 全口環套，兩年 ^{5,7} 年滿 19 歲 \$2,650， 全口環套，兩年 ^{5,7}	19 歲以下 \$2,350， 全口環套，兩年 ^{4,7} 年滿 19 歲 \$2,650， 全口環套，兩年 ^{4,7}
牙周刮治及根面平整（每個口腔像限有四個或更多牙齒）	\$75	\$55	\$65 ³	\$65 ³	\$65 ³
透過手術置入種植體 - 骨內種植體	不承保	\$1,375	\$612 ⁵	\$612 ⁵	\$612 ⁴
義齒（全口上牙或下牙）	\$400	\$400	\$388 ⁵	\$388 ⁵	\$388 ⁴
日曆年自付額	\$0	\$0	每人 \$50	每人 \$50	每人 \$50
日曆年福利最高額	無	無	每人 \$1,000	每人 \$1,000	每人 \$1,500

 = 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。

此表為保險福利概覽。如需瞭解更多有關保險福利、服務費用、等待週期以及例外和限制條款之資訊，請參閱《福利摘要》與《重要法律資訊》手冊。如需獲取這些文件，請致電 (888) 256-3650 聯絡我們。

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

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 診斷和預防服務並不適用於該計劃的日曆年福利最高額。

3 除非您之前享有保險，此等服務有為期三個月的等待期。請致電 (888) 271-4880 聯絡會員服務部，瞭解有關獲取豁免的更多資訊。

4 除非您之前享有保險，此等服務有為期六個月的等待期。請致電 (888) 271-4880 聯絡會員服務部，瞭解有關獲取豁免的更多資訊。

5 除非您之前享有保險，此等服務有為期 12 個月的等待期。請致電 (888) 271-4880 聯絡會員服務部，瞭解有關獲取豁免的更多資訊。

6 如使用貴重金屬，則將向會員收取，計入牙醫費用。在 Dental HMO 中，磨牙牙冠烤瓷收取額外費用 \$75。

7 金額將不計入日曆年福利最高額。

8 終身最高額按每人計。自付額為每人 \$50/或每個家庭 \$150。

牙科計劃

	Enhanced Dental PPO 50/2000	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	Family Dental HMO	Family Dental PPO
	直接透過 Blue Shield 提供的計劃		透過 Covered California 提供的計劃	
最低成人費率	\$68.50	\$74.30	\$13.40	\$43.70
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			
診斷與預防服務 (洗牙、X 光以和首次及定期的口腔檢查)	0%	0%	0%	0% ²
修復服務 - 填料 (樹脂基複合材料 - 一側表面、前側)	20% ⁴	20% ⁴	\$30	20%
口腔手術 (拔除萌出牙或暴露的牙根抬高和/或鉗子取出)	20% ⁴	20% ⁴	\$65	50% ⁴
拔除阻生牙 (完全骨阻生)	20% ⁵	50% ⁵	\$160	50% ⁴
根管治療 (先前根管治療的再治療 - 前牙)	50% ⁵	50% ⁵	\$245	50% ⁴
根管治療 (牙髓治療、磨牙 - 不包括最終修復體)	50% ⁵	50% ⁵	\$300	50% ⁴
牙冠 (烤瓷熔附貴金屬)	50% ⁵	50% ⁵	\$300	50% ^{4,6}
橋體 (烤瓷熔附高貴金屬)	50% ⁵	50% ⁵	\$300	50% ^{4,6}
正畸治療	不承保	50% (終身最高保障為 \$1,500，並計入單獨的自付額) ^{5,7,8}	19 歲以下 (具醫療必要性者) \$350， 19 歲或以上未承保	19 歲以下 (具醫療必要性者) 50%， 19 歲或以上未承保
牙周刮治及根面平整 (每個口腔像限有四個或更多牙齒)	50% ⁵	50% ⁵	\$55	50%
透過手術置入種植體 - 骨內種植體	50% ⁵	50% ⁵	不承保	不承保
義齒 (全口上牙或下牙)	50% ⁵	50% ⁵	19 歲以下 \$300， 19 歲或以上 \$400	50% ⁴
日曆年自付額	每人 \$50/ 每個家庭 \$150	每人 \$50/ 每個家庭 \$150	\$0	每人 \$75/ 19 歲以下的每個家庭 \$150 19 歲或以上每人 \$50
日曆年福利最高額	每人 \$2,000	每人 \$2,000	無	19 歲以下無費用， 19 歲或以上每人 \$1,500

 = 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。

此表為保險福利概覽。如需瞭解更多有關保險福利、服務費用、等待週期以及例外和限制條款之資訊，請參閱《福利摘要》與《重要法律資訊》手冊。如需獲取這些文件，請致電 (888) 256-3650 聯絡我們。

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

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 診斷和預防服務並不適用於該計劃的日曆年福利最高額。

3 除非您之前享有保險，此等服務有為期三個月的等待期。請致電 (888) 271-4880 聯絡會員服務部，瞭解有關獲取豁免的更多資訊。

4 除非您之前享有保險，此等服務有為期六個月的等待期。請致電 (888) 271-4880 聯絡會員服務部，瞭解有關獲取豁免的更多資訊。

5 除非您之前享有保險，此等服務有為期 12 個月的等待期。請致電 (888) 271-4880 聯絡會員服務部，瞭解有關獲取豁免的更多資訊。

6 如使用貴重金屬，則將向會員收取，計入牙醫費用。在 Dental HMO 中，磨牙牙冠烤瓷收取額外費用 \$75。

7 金額將不計入日曆年福利最高額。

8 終身最高額按每人計。自付額為每人 \$50 或每個家庭 \$150。

眼科保險價值所在

您每月只需支付低至 \$6.90，就可以獲得珍貴的眼科保險，幫助您支付您的眼科照護需求。透過加州最大的眼科網絡，包括私人執業眼科醫生及 Costco、LensCrafters、Target 和 Walmart 等零售點，您可以輕鬆找到心儀的眼科醫師。請造訪 blueshieldca.com/fad 查找您所在區域內的眼科醫生。

您還可透過眼科計劃線上預訂隱形眼鏡，並透過 QualSight LASIK 和 NVISION Laser Eye Centers 享受超值 LASIK 折扣。

我們有三種眼科計劃供您選擇：

- Ultimate Vision 15/25/150* 是一項全面的眼科計劃，它包含鏡框允許限額 \$150 以及多種鏡片選擇。
- 或者，如果您希望花費少一些但又不希望失去可靠的福利，Ultimate Vision 15/25/120* 可以成為您的正確之選。
- Specialty Duo* 則以單一保險組合的形式提供便捷的牙科及眼科承保服務。

比較計劃福利和費率

眼科計劃	Ultimate Vision 15/25/120	Ultimate Vision 15/25/150	Specialty Duo 牙科+眼科醫療保險套餐
最低成人費率	\$6.90	\$12.90	\$51.20
福利	在使用合約醫療服務提供者的情況下，共付額如下： ¹		
眼科檢查	\$15 (每 12 個月)	\$15 (每 12 個月)	\$0 共付額 (每 12 個月)
材料 (標準單光鏡片、雙光鏡片或帶防刮膜的三光鏡片)	\$25 (每 12 個月)	\$25 (每 12 個月)	\$25 共付額 (每 24 個月)
	在使用合約醫療服務提供者的情況下，允許限額如下： ¹		
鏡框允許限額	\$25 加上超過 \$120 的所有費用 (每 12 個月)	\$25 加上超過 \$150 的所有費用 (每 12 個月)	\$25 加上超過 \$100 的所有費用 (每 24 個月)
鏡片的選擇與治療	聚碳酸酯鏡片 (僅適用於受扶養子女)	\$25 加上超過 \$100 的所有費用	\$25 加上超過 \$100 的所有費用
	變色鏡片	\$25 加上 \$115-\$200 以上的所有費用	\$25 加上 \$115-\$200 以上的所有費用
	漸變鏡片	\$25 加上超過 \$140 的所有費用	\$25 加上超過 \$140 的所有費用
	防眩光鏡片加膜	\$25 加上超過 \$50 的所有費用	\$25 加上超過 \$50 的所有費用
隱形眼鏡 ²	可選 (美容或便利) \$25 加上超過 \$120 的所有費用 (每 12 個月)	\$25 加上超過 \$120 的所有費用 (每 12 個月)	\$25 加上超過 \$120 的所有費用 (每 24 個月)

= 在達到任何自付額之前，會員可享受所有福利。

表為保險福利概覽。如需瞭解更多有關保險福利、服務費用，請參閱《福利摘要》與《重要法律資訊》手冊。如需獲取這些文件，請致電 (888) 256-3650 聯絡我們。

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

1 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 您可以選擇隱形眼鏡而非眼鏡。

人壽保險和 AD&D 保險給您的家庭帶來保護

失去親人後面臨財務負擔可能具有較大挑戰性，但是擁有人壽保險和意外身故及殘疾保障 (AD&D) 保險則可以有所幫助。Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 的個人定期人壽保險和 AD&D 保險計劃幫助提供重大的財務保障擔保，這些保障可用來幫助支付日常生活費用、大學教育費用、抵押貸款等等。¹

AD&D 保險提供另一重保護。在意外身故的情況下，您的意外身故賠償金額與您的人壽保險金額一致。如果您發生意外受傷，殘疾福利將是福利金額的一部分。

* 所有計劃的終止年齡都為 65 歲。

1 在簽訂保單之後的前兩年，若受保人因自殺身亡，人壽保險將不予以賠付；但將退回保費。關於本限制的完整描述，請參閱保單。

2 僅未滿 20 歲者適用 \$10,000、\$15,000 和 \$25,000 的保額金額。

每月個人定期人壽保險和 AD&D 保險費率

要算出每月保費，請找出您的年齡、性別和吸菸狀態，並將該費率乘以人壽保險福利金額。如果您同時想要 AD&D 保險，請將 AD&D 費率乘以匹配的 AD&D 福利金額。

在定期人壽保險及 AD&D 保險項下，我們提供的財務保障及保護高達 \$10,000、\$15,000、\$25,000、\$50,000、\$75,000 或 \$100,000，根據您的年齡、性別及吸菸情況決定低額的月度費用。²

人壽保險可以在不含 AD&D 的情況下購買，但 AD&D 只能連同人壽保險一起購買。承保對所有個人適用，適用年齡為 1 到 64 歲*，不論是否參保 Blue Shield 健康計劃。只需填寫和提交個人定期人壽保險和 AD&D 保險申請表格完成申請。

例如，如果一位 45 歲女性非吸菸人士想投保 \$50,000 的人壽保險，則每月需要支付 \$12.40 ($\$0.248 \times 50$)。如果她增加 \$50,000 的 AD&D 福利，則每月將再增加 \$5 ($\0.10×50)，總共每月 \$17.40 ($\$12.40 + \5)。

每 \$1,000 的人壽保險費率				
年齡範圍	男		女	
	非吸菸人士	吸菸人士	非吸菸人士	吸菸人士
1-19	\$0.122	\$0.244	\$0.071	\$0.143
20-24	\$0.125	\$0.250	\$0.074	\$0.148
25-29	\$0.132	\$0.263	\$0.080	\$0.159
30-34	\$0.150	\$0.300	\$0.095	\$0.191
35-39	\$0.180	\$0.361	\$0.122	\$0.244
40-44	\$0.231	\$0.463	\$0.169	\$0.337
45-49	\$0.329	\$0.658	\$0.248	\$0.495
50-54	\$0.487	\$0.974	\$0.375	\$0.749
55-59	\$0.732	\$1.464	\$0.566	\$1.131
60-64	\$1.193	\$2.386	\$0.865	\$1.730
每 \$1,000 的 AD&D 保險費率				
0-64	\$0.10	\$0.10	\$0.10	\$0.10

每張帳單將包含 \$1 的月度管理費。

牙科及眼科計劃月保費率

直接透過 Blue Shield 提供的 PPO 牙科計劃

		每名會員費率	
		0 至 25 歲 (前 3 名受扶養子女每人的費率 – 第 4 名受扶養子女及以上免費) *	26 歲或以上
所有區域	Dental PPO	\$39.10	\$46.20
	Dental PPO 1500	\$45.50	\$53.80
	Enhanced Dental PPO 50/2000	\$53.10	\$68.50
	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	\$57.70	\$74.30

直接透過 Blue Shield 提供的 HMO 牙科計劃

		每名會員費率	
		0 至 25 歲 (前 3 名受扶養子女每人的費率 – 第 4 名受扶養子女及以上免費) *	26 歲或以上
區域 2 及 12 [†]	Dental Standard HMO	\$16.00	\$19.80
	Dental HMO	\$30.70	\$33.40
區域 3-11 及 13-19	Dental Standard HMO	\$12.50	\$15.50
	Dental HMO	\$23.70	\$25.90

透過 Covered California 承保的 Blue Shield 牙科計劃

		每名會員費率	
		0 至 18 歲 (前 3 名受扶養子女每人的費率 – 第 4 名受扶養子女及以上免費) #	19 歲或以上
區域 [‡]	Family Dental HMO		
15-19		\$14.00	\$13.40
3-7, 9		\$15.20	\$14.60
8, 10-11, 13-14		\$16.40	\$15.80
12		\$22.40	\$21.50
2		\$26.20	\$25.20

		每名會員費率	
		0 至 18 歲 (前 3 名受扶養子女每人的費率 – 第 4 名受扶養子女及以上免費) #	19 歲或以上
區域	Family Dental PPO		
1, 13-14		\$28.80	\$43.70
16		\$30.20	\$45.90
10-11, 17		\$30.30	\$46.10
15		\$31.20	\$47.50
9		\$31.70	\$48.10
3, 12, 18-19		\$32.10	\$48.80
4		\$33.10	\$50.30
2, 5-6, 8		\$33.30	\$50.70
7		\$34.80	\$53.00

* 只有 0 到 25 歲的受扶養子女將被計入至多三個子女的費率上限。如果您為超過一名受扶養子女投保，而保單中不包含父母或法定監護人，那麼每名子女將擁有獨立的保單，且每名子女將按年齡費率計費。

† 請造訪 blueshieldca.com/regions 來確定您的所在區域。Dental HMO 和 Enhanced Dental HMO \$0 計劃不適用於以下各縣：Alpine、Amador、Butte、Calaveras、Colusa、Del Norte、Glenn、Humboldt、Lake、Lassen、Mendocino、Modoc、Nevada、Plumas、Shasta、Sierra、Siskiyou、Sutter、Tehama、Trinity、Tuolumne、Marin、Napa、San Luis Obispo、Santa Barbara、以及 Yuba。

‡ 請造訪 blueshieldca.com/regions 來確定您的所在區域。

年滿 18 周歲的受扶養人將在 19 歲那年年末被收取 0-18 歲年齡的費用，但是該受扶養人將繼續計入三名受扶養人的最高稅率上限，直到他們年滿 21 歲為止。

每月 Specialty Duo 牙科+眼科醫療保險套餐費率

		每名會員費率	
		0 至 25 歲 (前 3 名子女每名子女的費用 – 第 4 名子女及以上免費) *	26 歲或以上
所有區域	Specialty Duo 牙科+眼科醫療保險套餐	\$43.50	\$51.20

* 只有 0 到 25 歲的受扶養子女將被計入至多三個子女的費率上限。如果您為超過一名受扶養子女投保，而計劃中不包含父母或法定監護人，則不適用於至多三個子女的費率上限。每名子女將擁有單獨的保單，且每名子女將按 0 到 25 歲的費率計費。

每月眼科計劃費率

		每名會員費率	
		0 至 25 歲 (前 3 名子女每名子女的費用 – 第 4 名子女及以上免費) *	26 歲或以上
所有區域	Ultimate Vision 15/25/120	\$6.90	\$6.90
	Ultimate Vision 15/25/150	\$12.90	\$12.90

* 只有 0 到 25 歲的受扶養子女將被計入至多三個子女的費率上限。如果您為超過一名受扶養子女投保，而計劃中不包含父母或法定監護人，則不適用於至多三個子女的費率上限。每名子女將擁有單獨的保單，且每名子女將按 0 到 25 歲的費率計費。

定義



福利 (承保範圍) – 牙科及眼科計劃所承保的必要牙科及眼科服務及用品。



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/網絡內醫療服務提供者 – 醫療服務提供者 (包括全科牙醫、牙科專家、驗光師及眼科醫生)，經與 Blue Shield 簽約為牙科及牙科計劃的會員提供承保服務。合約或網絡醫療服務提供者同意接受 Blue Shield 的合約費率，以此作為承保服務的全部付款。



日曆年福利最高限額 – Blue Shield 在每個日曆年為每位會員支付的最高福利金額。在達到日曆年度福利最高限額後，會員需承擔 100% 的合約服務費用。



日曆年自付額 – 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。



允許費用 – Blue Shield 用於確定承保服務的美金金額。

如有疑問，需要報價，或者想申請？



無需投保醫療計劃，您可以直接在 buyblueshieldca.com 購買大多數牙科及眼科計劃。如需購買 Family Dental 計劃，請造訪 coveredca.com。

如需個人定期人壽保險，請諮詢保險經紀人或線上提交申請：blueshieldca.com/LifeApplication。

正在尋找一項醫療計畫？我們有多種 PPO 與 HMO 計劃可供您選擇。請詢問您的保險經紀人，以瞭解更多資訊。



*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-DVL-OL-REV-CT_0124