

 本福利和承保范围摘要 (SBC) 文件可帮您选择健康计划。本 SBC 会说明您和您参加的计划针对承保范围内的医疗保健服务分担费用的方式。注意：关于本计划费用（也称保费）的信息将另行提供。本文件仅为摘要。如需详细了解您的承保范围，或获取完整的保险条款副本，请访问 [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) 或致电 1-888-421-8444。如需了解常见术语的一般定义，例如准许金额、差额负担、共同保险、共付额、自付额、提供商，或其他下划线术语，请参见术语表。您可以在以下网站查看术语表：<https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 或 <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform> 或致电 1-888-421-8444 索要副本。

重要问题	解答	解释说明：
总自付额是多少？	0 美元	如需了解您需要为本计划承保的服务支付多少费用，请参见下面的常见医疗事件表。
在您达到您的自付额前，是否已有部分服务在承保范围内？	是的	本计划无自付额。如需了解本计划承保的其他服务费用，请参见从第 2 页开始的图表。
是否存在针对其他特定服务的自付额？	否	不存在针对其他特定服务的自付额。
本计划的自付费用限额是多少？	每人 1,000 美元或每个家庭 2,000 美元	自付费用限额是您在一年的承保服务可能支付的最高金额。如果您有其他家庭成员参加本计划，他们必须先达到自己的自付费用限额，然后才会达到整个家庭的自付费用限额。
自付费用限额中不包含什么？	保费，以及本计划不包含的医疗保健服务。	即使您支付了这些费用，它们也不计入自付费用限额。
如果您使用网络内提供商，您支付的费用是否会减少？	是的。参见 <a href="#">Valley Health Plan 提供商搜索</a> 或致电 1-888-421-8444，获取网络内提供商。	如您使用计划网络内的医生或其他医疗保健提供商，本计划将支付部分或全部承保服务费用。请注意，您的网络内医生或医院可能会请网络外提供商提供某些服务。计划使用术语“网络内”、“ <u>首选</u> ”或“ <u>参与</u> ”描述其网络内的提供商。如需了解本计划向各类提供商付费的方式，请参见从第 2 页开始的图表。
请专科医生诊疗是否需要转诊？	是的。请专科医生需要书面转诊。例外情况包括自我转诊至计划内的妇产科医生。	本计划将支付部分或全部看专科医生的承保服务费用，但前提是您是在转诊之后再去看专科医生处就诊。

(DT - OMB 控制编号：1545-0047/到期日期：2019 年 12 月 31 日) (DOL - OMB 控制编号：1210-0147/到期日期：2022 年 5 月 31 日)

(HHS - OMB 控制编号：0938-1146/到期日期：2022 年 10 月 31 日)

常见 医疗事件	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制条件、例外情况以及其他重要信息
		网络内提供商 (您支付金额最少)	网络外 医疗机构 (您支付金额最多)	
到医疗保健提供 商的诊室或诊所就诊	治疗伤病的初级护理就诊	0 美元共付额	不予承保	无
	专科医生就诊	0 美元共付额	不予承保	需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	预防性护理/筛查/ 免疫接种	免费	不予承保	无
需要检查	诊断检查 (X 射线、血 检)	实验室——0 美元共 付额	不予承保	无
		X 射线——0 美元共 付额		
	影像学检查 (计算机断层 扫描 (CT)/正电子发射断层 造影术 (PET) 扫描和核磁 共振成像 (MRI))	0 美元共付额	不予承保	需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
需要药物治疗疾病 或病症 关于处方药承保的 更多信息，详见 《Valley Health Plan 处 方药承保范围》	仿制药	0 美元共付额/处方 (零售和邮购)。	不予承保	在网络外药房购买的处方药，如果与医疗急救或急需的护理有关，则予以承保。如您的处方药不在处方集上，则需获得事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。 零售：针对仿制药和原厂药，最多承保 90 天用量 邮购：针对仿制药和品牌药，最多承保 90 天用量
	原厂药	0 美元共付额/处方 (零售和邮购)。	不予承保	
接受门诊手术	设施费 (例如门诊手术中 心)	0 美元共付额	不予承保	需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	内外科医生费用	0 美元共付额	不予承保	无

[\*如需更深入地了解限制条件和例外情况，请参阅计划或保单文件，详见 [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org)。]

需要立即就医	急诊室护理	设施——0 美元共付额	设施——0 美元共付额	无
		内科医生——0 美元共付额	内科医生——0 美元共付额	
	紧急医疗运送	0 美元共付额	0 美元共付额	无
	紧急护理	0 美元共付额	0 美元共付额	在 <u>服务区域</u> 以外，网络外提供商的 <u>紧急护理</u> 也在承保范围内。在 <u>服务区域</u> 内，对于网络外提供商提供的 <u>紧急护理</u> ，需要获得事先书面授权。在 <u>服务区域</u> 内，若未经事先授权， <u>网络外提供商</u> 提供的 <u>紧急护理</u> 可能会产生费用。
住院	设施费（例如病房）	0 美元共付额	不予承保	选择性入院需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	内外科医生费用	0 美元共付额	不予承保	
需要精神健康、行为健康或药物滥用服务	门诊服务	0 美元共付额	不予承保	无
	住院服务	0 美元共付额	不予承保	选择性入院需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
怀孕	诊室就医	免费	不予承保	无
	分娩/接生专业服务	0 美元共付额	不予承保	
	分娩/接生设施服务	0 美元共付额	不予承保	
需要帮助恢复或有其他特殊的健康需求	居家照护	0 美元共付额	不予承保	每年承保 100 次就诊费用。需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	康复服务	0 美元共付额	不予承保	需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	适应性训练服务	0 美元共付额	不予承保	
	专业护理	0 美元共付额	不予承保	每个保障期内最多 100 天。需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	耐用医疗设备	0 美元共付额	不予承保	需要事先书面授权。若未经事先授权，

				则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	临终关怀服务	免费	免费	需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
孩子需要牙科或眼科护理	儿童眼科检查	免费	不予承保	需要事先书面授权。若未经事先授权，则您可能需要承担此类服务的全部费用。
	儿童眼镜	不予承保	不予承保	无
	儿童牙科检查	不予承保	不予承保	无

#### 不承保服务和其他承保服务：

您的计划通常不承保的服务（查看您的保单或计划文件以获取更多信息以及任何其他不承保服务清单。）

- 整容手术
- 牙科护理
- 长期护理
- 在美国境外旅行时的非急诊护理
- 私人看护

其他承保服务（限制条件可能适用于这些服务。本列表并不完整。请查看您的计划文件。）

- 针灸（每个计划年度预定就诊次数上限为 24 次）
- 肥胖症手术
- 整脊诊疗护理（每个计划年度预定就诊次数上限为 24 次）
- 助听器
- 不孕症治疗
- 常规眼部护理（屈光检查仅限 1 次）
- 减肥项目

**您继续获得承保的权利：** 如果您在保险期结束后继续参保，有些机构能够为您提供帮助。此类机构的联系方式：加州，加州管理式医疗保健部 (California Department of Managed Health Care)（电话：1-888-466-2219，听力和言语障碍者专线 (TDD)：1-877-688-9891，网址：[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)）；州保险联系人（电话：1-800-927-HELP (4357)）；劳工福利安全管理部 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) (<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>)；人事管理局多州计划方案 (Office of Personnel Management Multi State Plan Program) (<https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>)。您也可以选择其他保险，包括通过加州健康保险市场平台 Covered California 购买个人保险（电话：1-800-300-1506，网站：[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)）。健康保险市场平台：如需了解有关市场平台的更多信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596。

**您的申诉和上诉权利：** 投保之后，如果您由于申请理赔被拒而希望投诉您参加的计划，您可以向一些机构寻求帮助。这种投诉被称为申诉或上诉。有关您的权利的更多信息，请查看您即将收到的关于该医疗理赔的福利说明。您的计划文件还提供关于如何出于任何原因对您的计划提交理赔申请、上诉或申诉的全部信息。如需获取关于您的权利、本声明或者相关协助的更多信息，请联系：Valley Health Plan，电话：1-888-421-8444 或管理式医疗保健部 (DMHC) 消费者帮助热线：1-888-466-2219。

**本计划是否提供最低基本承保范围？** 是的。

最低基本承保范围通常包括可通过市场获得的计划和健康保险或者其他个人市场保单、Medicare、Medicaid、儿童健康保险计划 (CHIP)、军

人医疗保险 (TRICARE) 和其他特定承保范围。如果您符合特定类型的[最低基本承保范围](#)，您可能不符合[保费税项抵免的资格要求](#)。

### 本计划是否符合最小金额标准？是的。

如果您的计划不符合[最小金额标准](#)，您可能符合[保费税项抵免](#)的资格要求。如此您便可利用该资格，为通过市场平台获得的计划支付保费。

### 语言咨询服务：

Español（西班牙语）：Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-421-8444。

中文：如果需要中文的帮助，请拨打 1-888-421-8444。

Tiếng Việt（越南语）：Để có được sự hỗ trợ tiếng Việt, gọi 1-888-421-8444。

### 旧版计划状态披露：

此团体健康计划认为该计划是《患者保护与平价医疗法案》（《平价医疗法案》）所规定的“旧版健康计划”。根据《平价医疗法案》的许可，旧版健康计划可以保留该法律颁布时已经生效的某些基本健康保险。您的计划为旧版健康计划，即表明其中可能不包括《平价医疗法案》中适用于其他计划的某些消费者保障，例如，要求提供预防性健康服务而消费者不分担费用。然而，旧版健康计划必须遵守《平价医疗法案》中的其他一些消费者保障，例如，取消终身最高保额限制。若您想了解哪些保障适用旧版健康计划，哪些并不适用，以及什么情况可能导致一项计划不再处于旧版健康计划状态，可以致电 1.888.421.8444 联系计划管理员。

---

如需了解本计划为医疗情形承担费用的示例，请参看下一部分。

---

## 关于这些承保示例：



下表并非估算工具。所示的治疗仅为本计划可能如何承保医疗护理的示例。您的实际费用可能不同，具体将取决于您接受的实际护理，您的提供商收取的费用，以及许多其他因素。请重点关注计划项下的费用分担金额（自付额、共付额和共同保险）以及非承保服务。请利用这些信息，对比您参加不同健康计划时可能需要支付的费用部分。请注意，这些承保示例仅限于自身投保。

### Peg 要生孩子

(9 个月的网络内产前护理和医院分娩)

■本计划的总自付额	0 美元
■专科医生共付额	0 美元
■医院（设施）共同保险	0%
■其他共同保险	0%

本示例事件包括以下服务：

专科医生诊室就诊（产前护理）  
分娩/接生专业服务  
分娩/接生设施服务  
诊断检查（超声和血检）  
专科医生诊室就诊（麻醉）

总示例费用	12,700 美元
-------	-----------

在本示例中，Peg 需支付：

费用分担额	
自付额	0 美元
共付额	0 美元
共同保险	0 美元
非承保项目	
限制项目或排除项目	0 美元
<b>Peg 需支付的总金额</b>	<b>0 美元</b>

### 控制 Joe 的 2 型糖尿病

(一年网络内常规护理，病情控制良好)

■本计划的总自付额	0 美元
■专科医生共付额	0 美元
■医院（设施）共同保险	0%
■其他共同保险	0%

本示例事件包括以下服务：

初级护理医生诊室就诊（包括疾病教育）  
诊断检查（血检）  
处方药  
耐用医疗设备（血糖仪）

总示例费用	5,600 美元
-------	----------

在本示例中，Joe 需支付：

费用分担额	
自付额*	0 美元
共付额	0 美元
共同保险	0 美元
非承保项目	
限制项目或排除项目	0 美元
<b>Joe 需支付的总金额</b>	<b>0 美元</b>

### Mia 遭受单纯骨折

(网络内急诊室就诊及后续护理)

■本计划的总自付额	0 美元
■专科医生共付额	0 美元
■医院（设施）共同保险	0%
■其他共同保险	0%

本示例事件包括以下服务：

急诊室护理（包括医疗用品）  
诊断检查（X 射线）  
耐用医疗设备（拐杖）  
康复服务（理疗）

总示例费用	2,800 美元
-------	----------

在本示例中，Mia 需支付：

费用分担额	
自付额*	0 美元
共付额	0 美元
共同保险	0 美元
非承保项目	
限制项目或排除项目	0 美元
<b>Mia 需支付的总金额</b>	<b>0 美元</b>