




本福利和承保范围摘要 (SBC) 文件可帮您选择**健保计划**。SBC 显示您和您参加的**计划**分担所承保医疗保健服务的费用之方式。注：将另外提供关于本**计划**费用（也称**保费**）的信息。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 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**、**医疗机构**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？ | 6,300 美元/个人或 12,600 美元/家庭 | 通常情况下，您必须向 医疗机构 支付 自付额 以内的所有费用，费用超过自付额后，本 计划 开始支付费用。如果您有其他家庭成员参与 计划 ，每位家庭成员必须达到自己的个人 自付额 ，直到所有家庭成员支付的 自付额 总额达到整个家庭的 自付额 。 |
| 在您达到您的 自付额 前，这些服务是否在承保范围内？ | 是的。服务包括但不限于： 初级护理 、 专科医生 、 预防性护理 、 实验室检查 、 紧急护理 、 门诊 (OP) 病人行为/药物滥用 、 产前和孕前 。 | 即使您还没有达到 自付额 ，本 计划 也承保一些项目和服务。但 共付额 或 共同保险 可能适用。例如，本 计划 承保特定 预防性 服务，而无需 共担费用 ，您也无需达到 自付额 。请前往 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 查看承保的 预防性 服务清单 |
| 是否还有其他特定服务的 自付额 ？ | 是的。 处方药承保 ：500 美元/个人或 1,000 美元/家庭 | 对于这些服务，您必须承担特定 自付额 以内的所有费用，费用超过自付额后，本 计划 开始支付费用。 |
| 本 计划的自付费用限额 是多少？ | 9,100 美元/个人或 18,200 美元/家庭 | 自付费用限额 是您在一年内可能为承保服务支付的最高金额。如果您有其他家庭成员参加本 计划 ，他们必须达到自己的 自付费用限额 ，直到达到整个家庭的 自付费用限额 。 |
| 自付费用限额 中不包含什么？ | 特定服务的 共付额 、 保费 以及本 计划 不包含的 医疗保健 。 | 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 网络内医疗机构 ，您支付的费用是否会减少？ | 是的。参见 Valley Health Plan 医疗机构搜索 或致电 1-888-421-8444，获取 网络内医疗机构 名单。 | 本 计划 使用 医疗机构网络 。如您使用 计划网络 内的 医疗机构 ，您支付的费用会降低。如果您使用 网络外医疗机构 ，您将支付最多的费用，您可能会收到 医疗机构 出具的账单，要求您支付 医疗机构 的费用与您参加的 计划 所支付费用之间的差额（ 差额负担 ）。请注意，您的 网络内医疗机构 可能会请 网络外医疗机构 提供某些服务（例如实验室工作）。在接受服务之前，请向您的 医疗机构 核 |

| 重要问题 | 解答 | 解释说明: |
|--|-----|---|
| 请 专科医生 诊疗是否需要 转诊 ? | 是的。 | 本 计划 将支付承保服务中在 专科医生 处就诊的部分或全部费用，但前提是您在前往 专科医生 处就诊前进行 转诊 。 |

 如果有**自付额**，本图表中所示的**共付额**和**共同保险**费用均为达到**自付额**后的费用。

| 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 |
|---|---|--|----------------------|--|
| | | 网络内医疗机构 (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 诊所或门诊就诊 | 治疗受伤或疾病的初级 护理就诊 | 60 美元/就诊； 自付额 不适用于前三次非 预防性就诊。 | 不予承保 | 无 |
| | 专科医生 就诊 | 95 美元/就诊； 自付额 不适用于前三次非 预防性就诊。 | 不予承保 | 需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则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。您可能需要为非预防性服务支付 费用。请询问您的 医疗机构 所需的服 务是否为预防性服务。然后核对您的 计划 将支付哪些费用。 |
| 需要检查 | 诊断检查 (X 光片、血 检) | 实验室：40 美元/就 诊； 自付额 不适用。 X 光片，40% 共同保 险 | 不予承保 | 无 |
| | 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]) | 40% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则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 www.valleyhealthplan.org | 仿制药 | 17 美元 共付额 /处方 | 不予承保 | 在 网络外 药房拿的处方药，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，需 获得事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的 全部费用。 零售 ：仿制药和品牌药不超过 90 天的 用量 邮购 ：仿制药和品牌维持药物不超过 90 天的用量 |
| | 首选品牌药 | 40%，每份处方最多 500 美元 | 不予承保 | |
| | 非首选品牌药 | 40%，每份处方最多 500 美元 | 不予承保 | |
| | 特殊药物 | 40%，每份处方最多 500 美元 | 不予承保 | |

* 如需详细了解限制条件和例外情况，请参阅本**计划**或保单文件，详见 www.valleyhealthplan.org。]

| 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 |
|--------------------|------------------------|--|---|--|
| | | 网络内医疗机构 (您支付金额最少) | 网络外医疗机构 (您支付金额最多) | |
| 接受门诊手术 | 设施费 (例如日间手术中心) | 40% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | 内科医生/外科医生费用 | 40% 共同保险 | 不予承保 | |
| 需要立即就医 | 急诊室护理 | 设施 - 40% 共同保险 | 设施 - 40% 共同保险 | 无 |
| | | 内科医生 - 免费 | 内科医生 - 免费 | |
| | 紧急医疗运送 | 40% 共同保险 | 40% 共同保险 | 无 |
| | 紧急护理 | 60 美元/就诊； 自付额 不适用于前三次非 预防性 就诊。 | 60 美元/就诊 (适用于服务区以外的地方)； 自付额 不适用于前三次非 预防性 就诊。服务区内不予承保。 | 服务区内非计划医疗机构的紧急护理服务必须在提供前获得事先授权，否则您可能需要承担所有费用 |
| 住院 | 设施费 (例如病房) | 40% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | 内科医生/外科医生费用 | 40% 共同保险 | 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 | 60 美元/就诊 | 不予承保 | 可能需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | | 其他项目：60 美元/就诊。 | | |
| 住院服务 | 住院服务 | 设施 - 20% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权，可能会产生费用。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | | 内科医生 - 20% 共同保险 | | |
| 怀孕 | 诊室就医 | 免费 | 不予承保 | 无 |
| | 分娩/接生专业服务 | 40% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | 分娩/接生设施服务 | 40% 共同保险 | 不予承保 | |

* 如需详细了解限制条件和例外情况，请参阅本[计划](#)或保单文件，详见 [\[www.valleyhealthplan.org\]](http://www.valleyhealthplan.org)。]

| 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 |
|-------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|--|
| | | 网络内医疗机构 (您支付金额最少) | 网络外医疗机构 (您支付金额最多) | |
| | | | | 全部费用。 |
| 需要帮助恢复或有其他特殊的健康需求 | 居家照护 | 40% 共同保险 | 不予承保 | 100 天/年。需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | 康复服务 | 60 美元/就诊； 自付额 不适用。 | 不予承保 | 包括物理治疗、语言治疗和职业治疗。需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | 适应性训练服务 | 60 美元/就诊； 自付额 不适用。 | 不予承保 | |
| | 专业护理 | 40% 共同保险 | 不予承保 | 100 天/日历年。需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | 耐用医疗设备 | 40% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。如果您未获得 事先授权 ，则可能需要承担此类服务的全部费用。 |
| | 临终关怀服务 | 免费 | 不予承保 | 无 |
| 孩子需要牙科或眼科护理 | 儿童眼科检查 | 免费 | 不予承保 | 承保范围限于每年一次检查。 |
| | 儿童眼镜 | 免费 | 不予承保 | 承保范围限于每年一副眼镜（或者隐形眼镜代替玻璃眼镜）。 |
| | 儿童牙科检查 | 免费 | 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。） | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 整脊诊疗护理 整容手术 牙科护理（成人） 助听器 | <ul style="list-style-type: none"> 不孕症治疗 长期护理 在美国境外旅行时的非急诊护理 | <ul style="list-style-type: none"> 营养咨询 私人护士护理 常规眼部护理（成人） 减肥项目 |

| | | |
|--|---|--|
| 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。） | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 针灸 | <ul style="list-style-type: none"> 肥胖症手术 常规足部护理（在一定限度范围内） | |

* 如需详细了解限制条件和例外情况，请参阅本[计划](#)或保单文件，详见 [\[www.valleyhealthplan.org\]](http://www.valleyhealthplan.org)。]

您继续获得承保的权利：如果您在保险期结束后继续参保，以下机构能够为您提供帮助。此类机构的联系方式：加州——加州健保管理局（电话：1-888-466-2219 或听力和言语障碍者专线 1-877-688-9891 或网址：www.dmhc.ca.gov），以及/或者致电 1-800-927-HELP (4357) 或联系劳工福利安全管理部 (<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>)、人事管理办公室多州计划方案 (<https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>) 来与您的州保险联系人取得联系。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 或网址：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 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：加州健保管理局 (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[市场平台](#)获得的[计划](#)、[健康保险](#)或其他个人市场保单、联邦医疗保险 (Medicare)、医疗补助计划 (Medicaid)、儿童健康保险计划 (CHIP)、军人医疗保险 (TRICARE) 和其他承保范围。如果您符合某些类型的[最低基本承保范围](#)资格，您可能不符合[保费税项抵免](#)资格。

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，从而帮您为通过[市场平台](#)获得的[计划](#)支付保费。

语言咨询服务：

获取其他语言的帮助

注：如果您讲的是另一种语言，则可免费获得语言帮助服务。电话：1.888.421.8444（加州中继服务 [CRS] 711）。

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

[* 如需详细了解限制条件和例外情况，请参阅本[计划](#)或保单文件，详见 www.valleyhealthplan.org。]

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)。

Հայաստան (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

فارسی (Farsi)

هجوآ رگه بزاین افری سو و گتفگی م دینک، لایهستت زی ناپ و صبرت را انگین رب ای امشدر فاهم می باشد. با 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) まで、お電話にてご連絡

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888.421.8444.1 (California Relay Service (CRS) 711)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ ក៏អាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາວ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

如需了解本计划如何为一则示例医疗情况承保费用，请参见下一部分。

《文书削减法》(PRA) 披露声明: 根据 1995 年《文书削减法》规定, 除非信息收集显示有效的管理和预算办公室 (OMB) 控制编号, 否则任何人无需对信息收集进行答复。此次信息收集的有效 OMB 控制编号为 **0938-1146**。预计完成此次信息收集所需时间平均为每个回复 **0.08** 小时, 包括审核指示说明、搜索现有数据资源、收集所需数据、完成和审核信息收集的时间。如对时间估算的准确性有意见或欲提出改进本表的建议, 请致函: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

关于这些承保示例：



下表并非费用估算工具。所示的治疗仅为说明本[计划](#)可能如何承保诊疗护理的示例。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[医疗机构](#)收取的费用，以及许多其他因素。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](#)。利用这些信息来对比您参加不同健保[计划](#)时可能需支付的费用部分。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 6,300 美元
- [专科医生](#) 共付额 95 美元
- 医院（设施）共同保险 40%
- 其他（血检）共同保险 40%

本示例事件包括诸如以下服务：

[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](#) 就诊（[麻醉](#)）

| | |
|-------|-----------|
| 总示例费用 | 12,690 美元 |
|-------|-----------|

在本示例中，Peg 需支付：

费用分担额

| | |
|----------------------|----------|
| 自付额 | 6,300 美元 |
| 共付额 | 500 美元 |
| 共同保险 | 2,000 美元 |

非承保项目

| | |
|--------------------|-----------------|
| 限制项目或不保项目 | 60 美元 |
| Peg 需支付的总金额 | 8,860 美元 |

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 6,300 美元
- [专科医生](#) 共付额 95 美元
- 医院（设施）共同保险 40%
- 其他（血检）共同保险 40%

本示例事件包括诸如以下服务：

[初级保健医生](#) 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 | 1,300 美元 |
| 共付额 | 900 美元 |
| 共同保险 | 1,200 美元 |

非承保项目

| | |
|--------------------|-----------------|
| 限制项目或不保项目 | 20 美元 |
| Joe 需支付的总金额 | 3,420 美元 |

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 6,300 美元
- [专科医生](#) 共付额 95 美元
- 医院（设施）共同保险 40%
- 其他（[X 光片](#)）共同保险 40%

本示例事件包括诸如以下服务：

[急诊室护理](#)（[包括医疗用品](#)）
[诊断检查](#)（[X 光片](#)）
[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 | 1,700 美元 |
| 共付额 | 500 美元 |
| 共同保险 | 0 美元 |

非承保项目

| | |
|--------------------|-----------------|
| 限制项目或不保项目 | 0 美元 |
| Mia 需支付的总金额 | 2,200 美元 |

本[计划](#)将承担这些示例承保服务的其他费用。