




本福利和承保范围摘要 (SBC) 文件可帮您选择健康计划。SBC 显示您和您参加的计划对所承保的医疗保健服务分担费用的方式。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？	0 美元	如需了解本计划承保的服务费用，请参见下面的常见医疗事件表。
在您达到您的自付额前，这些服务是否在承保范围内？	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。请前往 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 查看承保的预防性服务清单。其中包括《平价医疗法案》中规定的预防性护理要求，详见 http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx
是否还有其他特定服务的自付额？	不。	没有其他特定服务的自付额。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。
本计划的自付费用限额是多少？	对于网络内医疗机构： 4,500 美元/个人或 9,000 美元/家庭	自付费用限额是您在一年内为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。您对承保服务支付的共付额和共同保险费用计入您的年度最高自付费用。
自付费用限额中不包含什么？	特定服务的共付额、保费、差额负担费用，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，要求支付医疗机构的费用和您参加的计划支付的费用之间的差额（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实。
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	15 美元/就诊	不予承保	无
	<u>专科医生</u> 就诊	30 美元/就诊	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。
	<u>预防性护理/筛查/</u> 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 <u>计划</u> 将支付哪些费用。
需要检查	<u>诊断检查</u> (X 射线、血 检)	实验室 – 15 美元/就 诊 X 射线 – 30 美元/就 诊	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))	75 美元/就诊	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。
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 (1 级)	5 美元 共付额 /处方 <u>零售/邮购</u>	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。未经事先授权， 可能会产生费用。
	首选品牌药 (2 级)	15 美元 共付额 /处方 <u>零售/邮购</u>	不予承保	
	非首选品牌药 (3 级)	25 美元 共付额 /处方 <u>零售/邮购</u>	不予承保	<u>零售/邮购</u> ： 对于 1-4 级，1 笔共付额 = 不超过 30 天的用量
	<u>特殊药物</u>	10% ，每份处方最多 <u>250 美元</u> <u>零售/邮购</u> ：	不予承保	

* 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。]

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)	100 美元/就诊	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。
	内科医生/外科医生费用	25 美元/就诊	不予承保	
需要立即就医	急诊室护理	设施 - 150 美元/就诊 内科医生 - 免费	设施 - 150 美元/就诊 内科医生 - 免费	无
	紧急医疗运送	150 美元/运送	150 美元/运送	无
	紧急护理	15 美元/就诊	15 美元/就诊	在服务区域以外, 非参与 <u>医疗机构</u> 的 <u>紧急护理</u> 也在承保范围内。在服务区域内, 对于非参与 <u>医疗机构</u> 的 <u>紧急护理</u> , 需要获得事先书面授权。在服务区域内, 对于非参与 <u>医疗机构</u> 的 <u>紧急护理</u> , 未经事先授权, 可能会产生费用。
住院	设施费 (例如病房)	250 美元/天, 不超过 5 天	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。
	内科医生/外科医生费用	免费	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	15 美元/就诊	不予承保	可能需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。
		其他门诊服务 15 美元/就诊		
	住院服务	设施 - 250 美元/每天, 不超过 5 天 内科医生 - 免费	不予承保	
怀孕	诊室就医	免费	不予承保	无
	分娩/接生专业服务	免费	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。
	分娩/接生设施服务	250 美元/天, 不超过 5 天	不予承保	
需要帮助恢复或有其	居家照护	20 美元/就诊	不予承保	100 次就诊/年。需要事先书面授权。

* 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)。]

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)	
他特殊的健康需求				未经事先授权, 可能会产生费用。
	康复服务	15 美元/就诊	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。未经事先授权, 可能会产生费用。
	适应性训练服务	15 美元/就诊	不予承保	
	专业护理	150 美元/每天, 不超过 5 天	不予承保	100 次就诊/日历年。需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。
	耐用医疗设备	10% <u>共同保险</u>	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。
	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"> 堕胎 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)

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——加州管理式医疗保健部 (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 1-800-927-4357 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

[* 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。]

(<https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>) 联系您的州保险联系人。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 或网站：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：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。

如果您在某个月没有最低基本承保范围，您在报税时必须付款，但是您符合资格，无须在该月拥有健康保险的除外。

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)

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)。

[* 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。]

Հայաստան (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 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)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

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、お電話にてご連絡ください。

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)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਿ ਰੇ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

(Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)

ह िंदी (Hindi)

यदद आप ह िंदी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវាជំនួយខ្លួនកភាសា បោយមិនគិត ្លូល គឺអាចមានសំរាប់រ ើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

如需了解本计划如何为一家示例医疗机构承保费用，请参看下一部分。

《文书削减法》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，收件人：PRA 报告审核专员，Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

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[医疗机构](#)收取的费用，以及许多其他因素。重点为[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康[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](#) 0 美元
- [专科医生](#)共付额 65 美元
- 医院（设施）[共同保险](#) 250 美元/天
- 其他[共同保险](#) 10%

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	0 美元
共付额	600 美元
共同保险	0 美元
非承保项目	
限制项目或排除项目	60 美元
Peg 需支付的总金额	660 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](#) 0 美元
- [专科医生](#)共付额 65 美元
- 医院（设施）[共同保险](#) 250 美元/天
- 其他[共同保险](#) 10%

本示例事件包括诸如以下服务：

[初级护理医生](#)诊室就诊（[包括疾病育](#)）
[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	600 美元
共同保险	80 美元
非承保项目	
限制项目或排除项目	20 美元
Joe 需支付的总金额	700 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](#) 0 美元
- [专科医生](#)共付额 65 美元
- 医院（设施）[共同保险](#) 250 美元/天
- 其他[共同保险](#) 10%

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 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	700 美元
共同保险	20 美元
非承保项目	
限制项目或排除项目	0 美元
Mia 需支付的总金额	720 美元

本[计划](#)将承担这些示例承保服务的其他费用。