




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？	75 美元/个人或 150 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？	不。	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？	对于网络内医疗机构： 900 美元/个人或 1,800 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 。
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。

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	5 美元/就诊； 自付额 不适用。	不予承保	无
	专科医生 就诊	8 美元/就诊； 自付额 不适用。	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。
	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 - 8 美元/就 诊； 自付额 不适 用。	不予承保	无
		X 射线 - 8 美元/就 诊； 自付额 不适 用。		
	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))	50 美元/就诊； 自付额 不适用。	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	3 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。未经事先授权， 可能会产生费用。
	首选品牌药	10 美元 共付额 /处方	不予承保	
	非首选品牌药	15 美元 共付额 /处方	不予承保	
	特殊药物	10%，每份处方最多 150 美元	不予承保	零售/邮购服务： 对于 1-4 级，1 笔共付额 = 不超过 30 天的用量
接受门诊手术	设施费 (例如日间手术 中心)	10% 共同保险 ； 自付额 不适用。	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)	
	内科医生/外科医生费用	10% <u>共同保险</u> ； <u>自付额</u> 不适用。	不予承保	
需要立即就医	急诊室护理	设施 - 50 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用	设施 - 50 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用	无
		内科医生 - 免费	内科医生 - 免费	
	紧急医疗运送	30 美元/运送。 <u>自付额</u> 不适用。	30 美元/运送。 <u>自付额</u> 不适用。	无
	紧急护理	5 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用。	5 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用。	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）	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。
	内科医生/外科医生费用	10% <u>共同保险</u> ； <u>自付额</u> 不适用。	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	5 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用。	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。
		其他项目 0 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用。		
	住院服务	设施 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。
		内科医生 10% <u>共同保险</u> ； <u>自付额</u> 不适用。		
怀孕	诊室就医	免费	不予承保	无
	分娩/接生专业服务	10% <u>共同保险</u> ； <u>自付额</u> 不适用。	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)	
	分娩/接生设施服务	10% 共同保险	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	3 美元/就诊; <u>自付额</u> 不适用。	不予承保	100 次就诊/年。需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。
	康复服务	5 美元/就诊; <u>自付额</u> 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。未经事先授权, 可能会产生费用。
	适应性训练服务	5 美元/就诊; <u>自付额</u> 不适用。	不予承保	
	专业护理	10% 共同保险	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% 共同保险; <u>自付额</u> 不适用。	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)
--	--

* 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]。

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 (<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

最低基本承保范围通常包括可通过市场获得的计划、健康保险或其他个人市场保单、Medicare、Medicaid、儿童健康保险计划 (CHIP)、军人医疗保险 (TRICARE) 和其他承保范围。如果您符合某些类型的最低基本承保范围，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.

[* 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。]

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)。

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 ਬੋਲੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧਲਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾ 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 सेवाए 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).

ខែ ខែ (Cambodian) បរិស័ទជាអ្នកនិយាយ ភាសាខែខែ, បសវន្តិយេននកភាសា ពាយមិនគិត ូល គឺអាចមានសំរាប់បរ រ អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ
1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao) ຖ້າວ່າ ທ່ານເວ ັພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫ ຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ
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	75 美元
■ 专科医生 共付额	8 美元
■ 医院（设施） 共同保险	10%
■ 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：

<i>费用分担额</i>	
自付额	75 美元
共付额	200 美元
共同保险	700 美元
<i>非承保项目</i>	
限制项目或排除项目	60 美元
Peg 需支付的总金额	1,035 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	75 美元
■ 专科医生 共付额	8 美元
■ 医院（设施） 共同保险	10%
■ 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：

<i>费用分担额</i>	
自付额	0 美元
共付额	500 美元
共同保险	80 美元
<i>非承保项目</i>	
限制项目或排除项目	20 美元
Joe 需支付的总金额	600 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	75 美元
■ 专科医生 共付额	8 美元
■ 医院（设施） 共同保险	10%
■ 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：

<i>费用分担额</i>	
自付额	0 美元
共付额	200 美元
共同保险	30 美元
<i>非承保项目</i>	
限制项目或排除项目	0 美元
Mia 需支付的总金额	230 美元

本[计划](#)将承担这些示例承保服务的其他费用。