



本矩阵表用于帮助您比较各种保险福利，仅为汇总。请查阅承保证明 (EOC) 和计划合同，详细了解承保福利和限制。

承保期限

本计划的承保期限为 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日（下称“计划年”）。

计划年自付费用上限

在一个计划年内，如果您支付的共付额和共同保险总计达到以下金额之一，您将无需再支付任何费用分摊额：

对于个人投保（只有一个保户的家庭）	每个计划年 4,500 美元
对于有两个或两个以上保户的整个家庭	每个计划年 9,000 美元

计划自付额

本计划无自付额。

最高终身福利

无

专业服务（计划提供者诊室就诊）**您的费用分摊额**

评估和治疗所需的大多数初级保健就诊	每次就诊 15 美元
咨询、评估和治疗所需的大多数专科诊疗护理就诊	每次就诊 30 美元
其他执业医师诊所就诊*	每次就诊 15 美元
常规身体保养检查，包括妇女保健检查	免费
儿童保健预防检查（在 23 个月大之前）	免费
生育计划咨询与顾问	免费
定期安排的产前护理检查	免费
为 19 岁以下的保户提供的计划定点验光师常规眼科检查	免费
听力检查	免费
大多数物理、职业和语言治疗	每次就诊 15 美元
急诊护理咨询、评估和治疗	每次就诊 15 美元

注：

1. 急诊护理包括精神/行为健康和药物依赖（药物滥用）危机干预服务。
2. 远程医疗属于承保福利。您的远程医疗服务费用分摊额不应超出现场提供相同服务所收取的费用分摊额。

门诊服务**您的费用分摊额**

门诊手术设施费用	每次手术 75 美元
门诊内科医生/外科医生费用	每次就诊 20 美元
门诊就诊**	每次就诊承担 10% 共同保险
大多数免疫接种（包括疫苗）	免费
大多数 X 光片检查	每次检查 30 美元
大多数实验室检查	每次检查 15 美元
核磁共振成像 (MRI)、大多数计算机断层扫描 (CT) 和正电子发射断层造影术 (PET) 扫描	每次操作 75 美元
康复/适应性训练服务	每次就诊 15 美元
承保的个人健康指导咨询	免费
承保的健康指导项目	免费

注：所有人工流产和人工流产相关服务均无需分摊费用。



2024 年福利和承保范围矩阵表:

白金级 90 HMO

住院治疗服务	您的费用分摊额
住院（设施费）	每次住院承担最多 5 天的费用，每天 225 美元***
内科医生/外科医生手术费用	免费
急诊医疗保险	您的费用分摊额
急诊室设施费用	每次就诊 150 美元
急诊科医生费用	免费
注：如果作为住院病人直接入院接受承保服务，则急诊室费用不适用。	
救护车服务	您的费用分摊额
救护车服务	每趟 150 美元
处方药承保	您的费用分摊额
根据我们的药物处方集指南承保的门诊项目：	
1 级 在计划定点药房或通过我们的邮购服务获取	7 美元，最多 30 天的用量
2 级 在计划定点药房或通过我们的邮购服务获取	16 美元，最多 30 天的用量
3 级 在计划定点药房或通过我们的邮购服务获取	25 美元，最多 30 天的用量
4 级 计划定点药房项目	10% 共同保险，每份处方最高 250 美元，最多 30 天的用量

药物等级	类别
1	<ul style="list-style-type: none"> 大多数仿制药；以及 低成本首选品牌药
2	<ul style="list-style-type: none"> 非首选仿制药； 首选品牌药；以及 计划的药事管理与药物治疗学 (P&T) 委员会根据药物安全性、功效和成本推荐的任何其他药物。
3	<ul style="list-style-type: none"> 非首选品牌药，或者； P&T 委员会根据药物安全性、有效性和成本推荐的药物，或者； 通常在较低等级具有在疗效上可替代的首选、成本较低选择的药物。
4	<ul style="list-style-type: none"> 生物制剂和美国食品药品监督管理局 (FDA) 或药物生产商要求通过专业药房分销的药物； 参保者需要接受特殊培训或临床监测的药物； 健康计划在扣除回扣后对一个月用量承担六百美元 (\$600) 以上的药物。

注：保户的费用分摊额将为处方药的药房零售价或该药物的适用费用分摊额中的较低者，该支出将累积至自付额和自付费用上限。

精神/行为健康 (MH) 服务	您的费用分摊额
住院：	
MH 精神科住院治疗费用	每次住院承担最多 5 天的费用，每天 225 美元***
MH 精神科内科医生/外科医生费用	免费
MH 精神病学观察	包含在精神科住院治疗费用中
MH 心理测试	包含在精神科住院治疗费用中
MH 个人和团体治疗	包含在精神科住院治疗费用中
MH 个人和团体评估	包含在精神科住院治疗费用中
MH 危机期寄托计划	每次住院承担最多 5 天的费用，每天 225 美元***
门诊：	
MH 诊所就诊	每次就诊 15 美元



2024 年福利和承保范围矩阵表:

白金级 90 HMO

MH 监测药物治疗	每次就诊 15 美元
MH 个人和团体治疗	每次就诊 15 美元
MH 个人和团体评估	每次就诊 15 美元

门诊、其他项目和服务:

应用行为分析和行为健康治疗	每次就诊 15 美元
MH 多学科强化门诊治疗	
精神科治疗项目	每次就诊 15 美元
神经心理学测试	每次就诊 15 美元
MH 部分住院治疗	每次就诊 15 美元
MH 心理测试	每次就诊 15 美元

注：远程医疗属于承保福利。您的远程医疗服务费用分摊额不应超出现场提供相同服务所收取的费用分摊额。

药物依赖（药物滥用）服务	您的费用分摊额
--------------	---------

住院:

药物依赖住院治疗费用	每次住院承担最多 5 天的费用，每天 225 美元***
药物依赖内科医生/外科医生费用	免费
住院脱毒	包含在住院治疗费用中
个人和团体治疗	包含在住院治疗费用中
个人和团体药物依赖咨询	包含在住院治疗费用中
个人和团体评估	包含在住院治疗费用中
过渡性寄托康复服务	每次住院承担最多 5 天的费用，每天 225 美元***

门诊:

药物依赖诊室就诊	每次就诊 15 美元
个人和团体药物依赖评估	每次就诊 15 美元
个人和团体药物依赖咨询	每次就诊 15 美元
美沙酮维持治疗	每次就诊 15 美元

门诊、其他项目和服务:

药物依赖强化门诊项目	每次就诊 15 美元
药物依赖日间治疗项目	每次就诊 15 美元

注：远程医疗属于承保福利。您的远程医疗服务费用分摊额不应超出现场提供相同服务所收取的费用分摊额。

耐用医疗设备 (DME)	您的费用分摊额
--------------	---------

属于基本医疗保险福利的 DME 项目	10% 共同保险
--------------------	----------

居家健康服务	您的费用分摊额
--------	---------

居家照护（每个计划年最多 100 次就诊）	每次就诊 20 美元
-----------------------	------------

其他	您的费用分摊额
----	---------

19 岁以下保户的眼镜或隐形眼镜:

每个计划年选定款式的眼镜镜框	免费
每个计划年的标准隐形眼镜	免费
每个计划年的普通眼镜镜片	免费

注：每年限配一副眼镜（隐形眼镜代替普通眼镜）。

专业护理机构护理（每个福利期最多 100 天	每次住院承担最多 5 天的费用，每天 125 美元***
------------------------	------------------------------

临终护理	免费
------	----

牙科服务	
------	--



对于相关的费用分摊, 如口腔检查、预防性清洁、具有医疗必要性的正畸等, 请参阅注明相应费用金额的 Liberty Dental 福利一览表。

注:

* 其他执业医生诊所就诊包括非主治医生或专科医生的访视。

** 门诊就诊包括但不限于以下类型的门诊就诊: 门诊化疗、门诊放疗、门诊输液治疗和门诊透析以及类似的门诊服务。

*** 前 5 天连续住院后, 继续住院不会产生额外的费用分摊额。

本计划承保美国预防服务工作组 (USPSTF) 评定为 A 级或 B 级的结直肠癌筛查检查, 无任何费用分摊。

生活或居住在计划服务区域内的受抚养人父母或继父母可以享受受抚养人保险。保户若想要添加其受抚养人父母或继父母, 将收到有关加州老龄部门健康保险咨询和宣传计划 (HICAP) 的书面通知。

对于网络内医疗服务提供者, 本计划承保性传播疾病家用检测试剂盒和处理这些试剂盒的实验室费用, 前提是这些试剂盒被视为在医疗上是必需或适用的, 并由医务人员直接订购或根据临床指南和个体患者健康通过患者长期订单提供。

尾注:

1) 网络内承保服务的任何及所有费用分摊款项均适用于自付费用上限。如果自付额适用于这些服务, 则所有网络内服务的费用分摊款项都会累积到自付额中。网络内服务包括由网络外医疗服务提供者提供但承保方批准属于网络内的服务。

2) 对于 PPO 计划承保的网络外服务, 这些以患者为中心的福利计划方案没有规定费用分摊额、自付额或自付费用上限。请参阅适用的 PPO 承保证明书或保单。

3) 作为例外情况获得批准的非处方药物, 其费用分摊款项可累积至计划的网络内自付费用上限。

4) 对于 HDHP 以外的计划, 在除个人保险外的其他保险中, 个人承担的自付额 (如果需要) 仅限于个人年度自付额。在除个人保险外的其他保险中, 个人自付费用以其年度自付费用上限为限。在家庭达到家庭自付费用上限后, 承保方为所有家庭成员承担承保服务的所有费用。

5) 对于 HDHP, 在除个人保险外的其他保险中, 个人支付的自付额 (如果需要) 须为以下两者中的较高者: (1) 个人保险的规定自付额, 或 (2) 美国国家税务局 (IRS) 在其 2024 日历年税收程序中为健康储蓄账户 (HSA) 通胀调整金额规定的家庭保险最低自付额 (根据《国内税法》第 223 条发布)。在除个人保险外的其他保险中, 个人自付费用以其年度自付费用上限为限。

6) 共付额不得超过计划的实际服务费用。例如, 如果实验室检测费用低于 45 美元的共付额, 则较低的金額即为适用的费用分摊金额。

7) 如有说明, 前三次非预防性就诊 (可能包括诊所就诊、紧急治疗就诊和/或精神健康/药物滥用门诊就诊) 合计可免除自付额。

8) 根据州法律 (《健康与安全法》第 1367.656 条; 《保险法》第 10123.206 条), 对于每份用量量不超过 30 天的处方, 保户分摊的口服抗癌药物费用不得超过 250 美元。

9) 在白金和黄金级共付计划中, 前 5 天连续住院后, 继续在医院和专业护理机构住院没有额外的费用分摊额。



- 10) 对于治疗疾病或不良状况的药物，共付额或共同保险适用于最长 30 天的处方用量。本尾注中的任何内容均不阻止承保方以较低的费用分摊额提供邮购处方。
- 11) 在适用的情况下，对于福利方案中的儿童牙科部分，承保方可选择儿童牙科标准福利共付额或共同保险方案，无论承保方是否为福利方案的非牙科部分选择共付额或共同保险方案。对于灾难险，自付额必须适用于非预防性儿童牙科福利。
- 12) 采用儿童牙科标准福利共付额方案的健康计划福利方案必须符合加州全保 2024 年牙科共付额一览表。
- 13) 具有医疗必要性的正畸服务的保户费用分摊额适用于整个治疗过程，而不是多年疗程中的个别福利年。只要保户仍然参加本计划，此保户费用分摊额就适用于整个治疗过程。
- 14) 这些以患者为中心的福利计划方案不涉及属于承保服务的非基本健康福利的费用分摊条款和累积要求。
- 15) 精神健康/药物滥用其他门诊项目和服务包括（但不限于）：部分住院治疗、多学科强化门诊精神科治疗、日间治疗项目、强化门诊项目、居家 PDD/自闭症行为健康治疗，以及介于住院治疗和定期门诊就诊之间的其他门诊中间服务。
- 16) 在高度结构化的环境中采用高强度、多样化疗法且发生在特定情况下的寄托药物滥用治疗，被归类为药物滥用住院服务，这些情况包括但不限于：社区寄托康复、病例管理和病后护理计划。
- 17) 专科医生是指以下专业科室的医生：过敏科、麻醉科、皮肤科、心脏病科和其他内科专家、新生儿科、神经科、肿瘤科、眼科、骨科、病理学、精神病学、放射科、任何外科专科、耳鼻喉科、泌尿科和其他适当指定的专业科室。专科医生为治疗精神健康问题或药物滥用不良状况提供的服务应归类为精神/行为健康或药物滥用门诊服务。
- 18) 其他执业医师类别可能包括执业护士、注册助产士、物理治疗师、职业治疗师、呼吸治疗师、临床心理学家、言语和语言治疗师、持证临床社会工作者、婚姻和家庭治疗师、应用行为分析治疗师、足科医师、针灸师、注册营养师和其他营养顾问。本尾注中的任何内容均不阻止计划通过除专科医生就诊类别以外的其他类似福利类别来获得这些执业医师提供的服务。其他执业医师为治疗精神健康问题或药物滥用不良状况提供的服务应归类为精神/行为健康或药物滥用门诊服务。
- 19) 门诊服务类别中的门诊就诊项目包括但不限于以下类型的门诊就诊：门诊化疗、门诊放疗、门诊输液治疗/门诊透析以及类似的门诊服务。
- 20) 住院医生费用分摊额可能适用于与医疗机构分开收费的任何医生（如外科医生）。保户的主治医生或专科医生在医院或专业护理机构为保户提供访视服务时，可采用诊所就诊费用分摊额。
- 21) 如有必要遵守《加利福尼亚心理健康平权法案》或联邦《心理健康平权和成瘾公平法案》(MHPAEA)，加州全保可以根据具体情况批准某些服务偏离福利计划方案。
- 22) 自闭症和广泛性发育障碍的行为健康治疗包含在精神/行为健康门诊服务中。
- 23) 药物等级定义如下：

等级	定义
1	1) 大多数仿制药和低成本首选品牌药。
2	1) 非首选仿制药；
	2) 首选品牌药；以及
	3) 本计划的药事管理与药物治疗学 (P&T) 委员会根据药物安全性、有效性和成本推荐的任何其他药物。



2024 年福利和承保范围矩阵表:

白金级 90 HMO

3	1) 非首选品牌药，或者；
	2) P&T 委员会根据药物安全性、有效性和成本推荐的药物，或者；
	3) 通常在较低等级具有在疗效上可替代的首选、成本较低选择的药物。
4	1) 生物制剂和 美国食品药品监督管理局 (FDA) 或药物生产商要求通过专业药房 分销的药物；
	2) 参保者需要接受特殊培训或临床监测的药物；
	3) 健康计划在扣除回扣后对一个月用量承担六百美元 (\$600) 以上 的药物。

- 根据预防性服务规定，一些药物可能无需分摊费用。

24) 承保方必须遵守 2015 年 2 月 27 日发布的《美国联邦法规》第 45 编第 156.122 (d) 条规定，该规定要求健康计划发布其处方集清单上所有承保药物的最新、准确、完整清单，包括所采用的任何分级结构。

25) 计划的处方集必须有对例外程序的明确书面说明，参保者可根据该程序获得未列入计划处方集的药物承保。

26) 健康保险承保方不得对糖尿病自我管理收取保户费用分摊额，糖尿病自我管理定义为：为了使保户能够正确使用器械、设备、药物和用品而为糖尿病门诊患者提供的自我管理培训、指导和医学营养疗法服务，以及根据保户医生的指示或处方提供的额外自我管理培训、指导和医学营养疗法服务。这包括但不限于对糖尿病患者及其家人的指导，使其了解糖尿病疾病进程和糖尿病治疗的日常管理，以避免频繁住院并预防并发症。

27) 临终关怀服务的费用分摊适用于任何服务地点。

28) 对于所有 FDA 批准的戒烟药物，在计划年度内不得限制疗程天数（无论是单独还是联合用药）。

29) 对于住院，如果医疗机构没有分别收取医疗机构费用和内科医生/外科医生费用，承保方可要求对总费用执行医疗机构费用的分摊要求。

30) 对于没有指定“仅限个人”或“仅限 CCSB”的任何福利计划方案，此类福利计划方案应适用于个人和小群体市场。如果健康计划意图在两个市场都提供此类福利计划方案，则为了符合监管规定，应将其视为单独的福利计划方案。

31) 铜级 HDHP 的自付费用上限不得超过美国国家税务局在其 2024 日历年税收程序中为与健康储蓄账户 (HSA) 相关联的 HDHP 通胀调整金额规定的最高自付费用限额（根据《美国法典》第 26 编第 223 条发布）。

这是最常被问及的福利的汇总。此图表不对福利、费用分摊额、自付费用上限、不保项目或限制作出说明，也没有列出所有福利和费用分摊金额。有关其他费用分摊额，请参阅《福利与承保范围摘要》(SBC)。如需了解完整的福利说明，请参阅您的承保证明中的“限制与不保项目”部分。