



福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將協助您選擇健康計劃。SBC 中顯示了您和該計劃將如何為承保的健康照護服務分攤費用。註：本計劃的費用（稱為保費）資訊將個別提供。這不是一份保單。如需深入瞭解您的承保內容或取得完整的承保條款內容，請造訪 www.valleyhealthplan.org 或致電 1-888-421-8444。對於普通詞彙的一般定義，如允許額、差額、共同保險、共付額、自付額、醫療服務提供者或其他畫底線的字彙，請參閱術語表。您可從 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 或 <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform> 檢視術語表，或致電 1-888-421-8444。

| 重要問題 | 答案 | 重要之因： |
|---------------------------|---|---|
| 總自付額是多少？ | \$0 | 請參閱以下的「普通醫療事件」圖表，以瞭解本計劃承保的各種服務中您應支付的費用。 |
| 在您達到自付額前有任何承保的服務嗎？ | 是。 | 本計劃沒有自付額。請參閱從第 2 頁開始的圖表，以瞭解本計劃承保的各種服務中的其他費用。包含 ACA 預防照護要求 http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx |
| 特定服務有其他的自付額嗎？ | 無。 | 特定服務並無其他自付額。請參閱從第 2 頁開始的圖表，以瞭解本計劃承保的各種服務中的其他費用。 |
| 本計劃的自付限額為何？ | 針對網路醫療服務提供者 \$8,200 個人／\$16,400 家庭 | 自費限額是您在一年內對於承保服務可能支付的最高金額。若您有其他家庭成員參與此計劃，他們需要達到自己的自費限額，直到達到總家庭自費限額為止。對承保服務支付的共付額與共同保險金額，均適用年度自付金額上限。 |
| 什麼不包括在自費限額中？ | 特定服務的共付額、保費、差額的收費，以及本計劃未承保的健康照護。 | 即便您支付這些費用，這些費用也不會計入自費限額中。 |
| 若您使用網路醫療服務提供者，支付的金額會不會較低？ | 是。請參閱 Valley 健康計劃提供者搜尋 ，或致電 1-888-421-8444 取得網路醫療服務提供者清單。 | 本計劃使用醫療服務提供者網路。若您使用計劃網路內的醫療服務提供者，您的支付金額會較低。若您使用網路外醫療服務提供者，您的支付金額會最高，而且可能會針對服務提供者的收費和計劃支付額之間的差額（差額），收到醫療服務提供者的帳單。請注意，您的網路醫療服務提供者可能會在某些服務（例如實驗室作業）上使用網路外醫療服務提供者。在取得服務前，請先與醫療服務提供者確認。 |
| 您需要轉介才能去看專家嗎？ | 是。 | 需要書面轉介才能與專家會面以使用承保的服務（但無需書面轉介即可自我轉介至婦科／產科計劃）。 |

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

(HHS - OMB 控制號碼：0938-1146/到期日：2022 年 10 月 31 日)



- All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.
- Member cost-share for oral anti-cancer drugs shall not exceed \$250 per month per state law.
- 遠距健康服務也屬於承保福利。您對遠距健康服務的費用分攤，不應超過面對面提供的相同服務費用分攤金額。此服務適用相同自付額與年度或終生自付金額上限。
- 若服務由網絡內醫療服務提供者提供，則會員不須繳納差額費用。

| 普通醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您將支付的費用 | | 限制、例外情況及其他重要資訊 |
|--|----------------------|-----------------------------------|--------------------------|---|
| | | 網路醫療服務提供者 (您將支付最少金額) | 網路外醫療服務提供者 (您將支付最高金額) | |
| 如果您去一家健康照護醫療服務提供者的診間或診所看診 | 治療受傷或生病的主要照護就診 | \$35/就診 | 不承保 | 無 |
| | 專家就診 | 每次就診 \$65 | 不承保 | 要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 預防照護／篩查／免疫 | 無費用 | 不承保 | 無 |
| 如果您要做檢查 | 診斷檢查 (X光、驗血) | 實驗室 - 每次就診 \$40 X光 - 每次就診 \$75 | 不承保 | 無 |
| | 成像 (CT / PET 掃描、MRI) | 每次就診 \$150 | 不承保 | 要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| 如果您需用藥物來治療生病或病症更多有關處方藥承保範圍的資訊，可參見 Valley 健康計劃處方藥承保範圍 | 學名藥 (第 1 級) | 每張處方 \$15 共付額 | 不承保 | 若涉及緊急醫療事件照護或緊急需求性照護，會承保在網路外藥房所開立的處方。若您的處方未列在處方集中，需要事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 首選品牌藥 (第 2 級) | 每張處方 \$55 共付額 | 不承保 | |
| | 非首選品牌藥 (第 3 級) | 每張處方 \$80 共付額 | 不承保 | |
| | 特殊藥物 (第 4 級) | 每張處方 20%，最高 \$250 | 不承保 | Retail/Mail Service: 1 共付額 = 多達 30 天藥量 (第 1-4 級) |
| 如果您要做門診手術 | 設施費 (如流動手術中心) | 每次就診 \$300 | 不承保 | 要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 醫師／外科醫師費 | 每次就診 \$40 | 不承保 | |

[* 有關限制與例外情況的詳情，請參閱此處的計劃或政策文件：www.valleyhealthplan.org。]

| | | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---|
| 如果您需要立即獲得醫護 | 急診室服務（若住院則免除） | 設施 - 每次就診 \$350 | 照護機構-每次就診 \$350 | 無 |
| | | 醫師 - 無費用 | 醫師-無費用 | |
| | 緊急醫療運送 | 每次運送 \$250 | 每次運送 \$250 | 無 |
| | 緊急護理 | \$35/就診 | \$35/就診 | 在服務區域外時，承保範圍包括計劃外醫療服務提供者的緊急護理。當處於服務區域內時，計劃外醫療服務提供者的緊急護理需要事前書面授權。服務區域內計劃外醫療服務提供者的緊急護理服務若無事前授權，則可能產生費用。 |
| 如果您要住院 | 設施費（如醫院病房） | 每天 \$600，最多 5 天 | 不承保 | 要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 醫師／外科醫師費 | 無費用 | 不承保 | |
| 如果您需要精神健康、行為健康或濫用藥物方面的服務 | 門診服務 | \$35/就診 其他項目：\$35/就診 | 不承保 | 可能需要事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 住院服務 | 設施 - 每天 \$600，最多 5 天 | 不承保 | 要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | | 醫師 - 無費用 | | |
| 如果您懷孕 | 診所就診 | 無費用 | 不承保 | 無 |
| | 分娩專業服務 | 無費用 | 不承保 | |
| | 分娩設施服務 | 每天 \$600，最多 5 天 | 不承保 | |
| 若您需要康復協助或有其他特殊的健康需求 | 住家健康照護 | \$30/就診 | 不承保 | 每年 100 次就診。要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 康復服務 | \$35/就診 | 不承保 | 包含物理治療、語言治療以及職能治療。要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 復健服務 | \$35/就診 | 不承保 | |
| | 專業護理照護 | 每天 \$300，最多 5 天 | 不承保 | 每日曆年 100 次就診。要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |

| | | | | |
|-----------------|--------|----------|-----|--------------------------|
| | 耐用醫療設備 | 20% 共同保險 | 不承保 | 要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。 |
| | 善終服務 | 無費用 | 不承保 | 無 |
| 如果您的孩子需要牙科或眼科照護 | 兒童視力檢查 | 無費用 | 不承保 | 承保範圍每年最多一次檢查。 |
| | 兒童眼鏡 | 無費用 | 不承保 | 每年最多一副眼鏡（或隱形眼鏡，取代眼鏡）。 |
| | 兒童牙齒檢查 | 無費用 | 不承保 | 無 |

非承保的服務及其他承保的服務：

| | | | |
|---|---|---|--|
| 您的計劃通常「不」承保的服務（請查看您的政策或計劃文件以取得更多資訊，以及任何其他非承保服務的清單。） | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 脊椎整復照護 • 整形手術 • 牙科護理（成人） • 助聽器 | <ul style="list-style-type: none"> • 不孕症治療 • 長期照護 • 在美國境外旅行時的非緊急照護 | <ul style="list-style-type: none"> • 營養諮詢 • 私人值班護士護理服務 • 例行性眼睛檢查（成人） • 減肥計劃 | |
| 其他承保的服務（這些服務可能有所限制。這份清單並不完整。請參閱您的計劃文件。） | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 墮胎 • 針灸 | <ul style="list-style-type: none"> • 減肥手術 • 例行性足部照護（存在條件限制） | <ul style="list-style-type: none"> • 遠距健康服務 | |

您繼續投保的權利：若您希望結束承保後繼續承保，有些機構能夠提供協助。這些機構的聯絡資訊為：加州、HHS、DOL 與／或致電聯絡州保險單位，電話為 1-800-927-HELP (4357)。您也可選擇其他承保選項，包含透過健康保險市場購買個別保險。更多關於市場的資訊，請造訪 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596。

您的申訴及上訴權利：若您要投訴您的計劃拒絕理賠，有些機構能夠協助您。這種投訴稱為申訴或上訴。若想深入瞭解您的權利，請檢視該醫療理賠理賠的權益說明。您的計劃文件也提供了完整的資訊，協助您針對任何原因向您的計劃提出理賠上訴或申訴。有關您的權利、本通知或是協助事宜，詳情請聯絡：管理醫療護理部 (DMHC) 消費者服務專線：1-888-466-2219。

這項計劃是否提供最低基本承保？是。

最低基本保險一般包含計劃、透過**健保市場**提供的**健康保險**，或其他個別市場保單、聯邦醫療保險、聯邦醫療補助、CHIP、TRICARE 與其他特定保險。若您符合特定類型的**最低基本保險**資格，可能就不符合**保費稅收抵免**的資格。

這項計劃是否達到最低價值標準？是。

若您的計劃並未達到最低價值標準，您可能會符合保費抵稅的資格，以協助您為透過市場所參與的某項計劃進行付款。

語言協助服務：

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-421-8444.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-421-8444.

Vietnamese (Tiếng Việt): Để có được sự hỗ trợ tiếng Việt, gọi 1-888-421-8444.

----- 若要查看本計劃如何為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一節。 -----

PRA 揭露聲明：根據 1995 年《文書工作減量法》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非出具有效 OMB 控制號碼，否則任何人均無須回應資訊收集要求。本次資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1146。完成此資訊收集所需的時間，預估每次回應平均需要 0.08 小時，包含審閱說明、搜尋現有資料資源、蒐集所需資料，以及完成和審閱資訊收集的時間。如果您對預估時間的準確度有意見，或對此表有改善建議，請致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

關於這些承保範例：



這不是一份費用估計表。顯示的治療只是此計劃可能如何涵蓋醫療照護的範例。您實際的費用會有所不同，具體取決於您接受的照護、您的醫療服務提供者的收費，以及許多其他因素。專注於費用分攤金額（自付額、共付額以及共同保險）與計劃非承保的服務。請使用此資訊比較您可能根據不同的健康計劃支付的費用部份。請注意，這些承保範例是以個人式健保為依據。

Peg 當媽媽了

(9 個月的網路內產前照護與醫院接生)

| | |
|--------------|----------|
| ■ 計劃的總自付額 | \$0 |
| ■ 專家共付額 | \$65 |
| ■ 醫院（設施）共同保險 | 每天 \$600 |
| ■ 其他共付額 | 20% |

此「範例」事件包含以下等服務：

專家診所就診（產前照護）
 分娩專業服務
 分娩設施服務
 診斷檢測（超音波與驗血）
 專家就診（麻醉）

| | |
|-------------------|-----------------|
| 範例總費用 | \$12,690 |
| 在此範例中，Peg 將支付： | |
| <i>費用分攤</i> | |
| 自付額 | \$0 |
| 共付額 | \$1,200 |
| 共同保險 | \$0 |
| <i>未涵蓋項目</i> | |
| 限額或非承保服務 | \$60 |
| Peg 的總支付額為 | \$1,260 |

管理 Joe 的 2 型糖尿病

(對經妥善控制的病情進行一年的例行網路內照護)

| | |
|--------------|----------|
| ■ 計劃的總自付額 | \$0 |
| ■ 專家共付額 | \$65 |
| ■ 醫院（設施）共同保險 | 每天 \$600 |
| ■ 其他共付額 | 20% |

此「範例」事件包含以下等服務：

主治醫師診所就診（包括疾病教育）
 診斷檢測（驗血）
 處方藥物
 耐用醫療設備（血糖計）

| | |
|-------------------|-----------------|
| 範例總費用 | \$5,600 |
| 在此範例中，Joe 將支付： | |
| <i>費用分攤</i> | |
| 自付額* | \$0 |
| 共付額 | \$1,400 |
| 共同保險 | \$200 |
| <i>未涵蓋項目</i> | |
| 限額或非承保服務 | \$20 |
| Joe 的總支付額為 | \$1,6200 |

Mia 的單純性骨折

(網路內的急診室就診與追蹤照護)

| | |
|--------------|----------|
| ■ 計劃的總自付額 | \$0 |
| ■ 專家共付額 | \$65 |
| ■ 醫院（設施）共同保險 | 每天 \$600 |
| ■ 其他共付額 | 20% |

此「範例」事件包含以下等服務：

急診室照護（包含醫療用品）
 診斷檢測（X 光）
 耐用醫療設備（拐杖）
 康復服務（物理治療）

| | |
|-------------------|----------------|
| 範例總費用 | \$2,800 |
| 在此範例中，Mia 將支付： | |
| <i>費用分攤</i> | |
| 自付額* | \$0 |
| 共付額 | \$1,300 |
| 共同保險 | \$50 |
| <i>未涵蓋項目</i> | |
| 限額或非承保服務 | \$0 |
| Mia 的總支付額為 | \$1,350 |