



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？	\$8,550／個人或 \$17,100／家庭	一般而言，您必須支付所有來自醫療服務提供者的費用直至自付額，之後本計劃才開始付費。若您有其他家庭成員參與計劃，每位家庭成員都必須達到自己個別的自付額，直到所有家庭成員支付的總自付額費用達到總家庭自付額為止。
在您達到自付額前有任何承保的服務嗎？	是。服務包含但不限於：預防照護，產前及孕前。	即使您尚未達到自付額，本計劃仍承保一些項目和服務。請參閱第 2 頁開始的圖表，其中指出有或沒有自付額的服務。共付額或共同保險可能適用。例如，本計劃承保特定的預防性服務，無需分攤費用而且在您達成自付額前即承保。參閱一系列承保的預防性服務： https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。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。	您必須為這些服務支付所有費用直至達到特定自付額，之後本計劃才開始為這些服務付費。凡根據自付額對承保服務支付的金額，均適用年度自付金額上限。
本計劃的自付限額為何？	針對網路醫療服務提供者 \$8,550 個人／\$17,100 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 健康計畫提供者搜尋 ，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，而且可能會針對醫療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)



- 本表格中顯示的所有**共付額**和**共同保險**費用是基於您已經達到**自付額**（如果**自付額**適用）為前提的。
- 根據州法，會員對口服抗癌藥物的費用分攤不應超過每月 \$250。
- 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	0% <u>共同保險</u> ； <u>自付額</u> 不適用於前三次非預防性就診。	不承保	無
	專家就診	0% <u>共同保險</u>	不承保	要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。
	<u>預防照護</u> ／ <u>篩查</u> ／ <u>免疫</u>	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 - 0% <u>共同保險</u> X光 - 0% <u>共同保險</u>	不承保	無
	成像 (CT／PET 掃描、MRI)	0% <u>共同保險</u>	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 <u>處方藥承保範圍</u> 的資訊，可參見 Valley 健康計劃處方藥承保範圍	學名藥 (第 1 級)	每個處方 0%	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)	每個處方 0%	不承保	<u>零售／郵購服務</u> ： 1 共付額 = 達 30 天藥量 (第 1-4 級)
	非首選品牌藥 (第 3 級)	每個處方 0%	不承保	
	<u>特殊藥物</u> (第 4 級)	每個處方 0%	不承保	

如果您要做門診手術	設施費（如流動手術中心）	0% 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。
	醫師／外科醫師費	0% 共同保險		
如果您需要立即獲得醫護	急診室服務（若住院則免除）	0% 共同保險 醫師 - 無費用	0% 共同保險 醫師-無費用	無
	緊急醫療運送	0% 共同保險	0% 共同保險	無
	緊急護理	0% 共同保險；自付額不適用於前三次非預防性就診。	0% 共同保險；自付額不適用於前三次非預防性就診。	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）	0% 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。
	醫師／外科醫師費	0% 共同保險	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	0% 共同保險；自付額不適用於前三次非預防性就診	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。
		其他項目：0% 共同保險		
	住院服務	設施 - 0% 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。
		醫師 - 0% 共同保險		
如果您懷孕	診所就診	無費用	不承保	無
	分娩專業服務	0% 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。
	分娩設施服務	0% 共同保險	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	0% 共同保險	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	0% 共同保險	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	0% 共同保險	不承保	
	專業護理照護	0% 共同保險	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	0% 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	0% 共同保險	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	\$8,550
■ 專家共付額	0%
■ 醫院（設施）共同保險	0%
■ 其他共付額	0%

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	\$8,550
共付額	\$0
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	\$8,610

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	\$8,550
■ 專家共付額	0%
■ 醫院（設施）共同保險	0%
■ 其他共付額	0%

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*	\$5,400
共付額	\$0
共同保險	\$0
<i>未涵蓋項目</i>	
限額或非承保服務	\$20
Joe 的總支付額為	\$5,440

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	\$8,550
■ 專家共付額	0%
■ 醫院（設施）共同保險	0%
■ 其他共付額	0%

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*	\$2,400
共付額	\$0
共同保險	\$0
<i>未涵蓋項目</i>	
限額或非承保服務	\$0
Mia 的總支付額為	\$2,400

附註：這些數字表示病患未參加計劃的健康方案。若您參加計劃的健康方案，可能減少費用。如需健康方案的詳細資訊，請聯絡 1-888-421-8444。

*附註：本計劃在此承保範圍範例中，針對特定服務有其他扣除額。請參閱第 1 頁「是否有特定服務的其他扣除額？」

[* 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。]