



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](http://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？	\$1,400／個人或 \$2,800／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：主要照護、專家、預防性照護、實驗室檢測、緊急照護、門診 (OP) 行為／藥物濫用、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。 <u>共付額</u> 或 <u>共同保險</u> 可能適用。例如，本計劃承保特定的 <u>預防性</u> 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 <u>預防性</u> 服務： <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。包含 ACA 預防照護要求 <a href="http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx">http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx</a>
特定服務有其他的自付額嗎？	是。處方藥承保範圍 \$100／個人或 \$200／家庭	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 \$2,850 個人／\$5,700 家庭	<u>自費限額</u> 是您在一一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 <u>自費限額</u> ，直到達到總家庭 <u>自費限額</u> 為止。對承保服務支付的 <u>共付額</u> 與 <u>共同保險</u> 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 <u>共付額</u> 、 <u>保費</u> 、 <u>差額</u> 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 <u>自費限額</u> 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 <a href="#">Valley 健康計畫提供者搜尋</a> ，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 <u>醫療服務提供者網路</u> 。若您使用計劃網路內的 <u>醫療服務提供者</u> ，您的支付金額會較低。若您使用 <u>網路外醫療服務提供者</u> ，您的支付金額會最高，而且可能會針對 <u>醫療服務提供者</u> 的收費和計劃支付額之間的 <u>差額</u> （ <u>差額</u> ），收到 <u>醫療服務提供者</u> 的帳單。請注意，您的 <u>網路醫療服務提供者</u> 可能會在某些服務（例如實驗室作業）上使用 <u>網路外醫療服務提供者</u> 。在取得服務前，請先與 <u>醫療服務提供者</u> 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 <b>健康照護醫療服務提供者的診間或診所</b> 看診	治療受傷或生病的主要 <b>照護</b> 就診	每次就診 \$15； <b>自付額</b> 不適用。	不承保	無
	<b>專家</b> 就診	每次就診 \$25； <b>自付額</b> 不適用。	不承保	要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。
	<b>預防照護</b> ／ <b>篩查</b> ／ <b>免疫</b>	無費用	不承保	無
如果您要做 <b>檢查</b>	<b>診斷檢查</b> (X光、驗血)	實驗室 - 每次就診 \$20； <b>自付額</b> 不適用。	不承保	無
		X光 - 每次就診 \$40； <b>自付額</b> 不適用。		
	<b>成像</b> (CT／PET 掃描、MRI)	每次就診 \$100； <b>自付額</b> 不適用。	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 <b>處方藥承保範圍</b> 的資訊，可參見 <a href="#">Valley 健康計劃處方藥承保範圍</a>	<b>學名藥</b> (第 1 級)	每張處方 \$5 <b>共付額</b> ；藥房 <b>自付額</b> 不適用。	不承保	要求事前書面授權。若無事前授權，則可能產生費用。
	<b>首選品牌藥</b> (第 2 級)	每張處方 \$25 <b>共付額</b>	不承保	
	<b>非首選品牌藥</b> (第 3 級)	每張處方 \$45 <b>共付額</b>	不承保	
	<b>特殊藥物</b> (第 4 級)	每張處方 15%，最高 \$150	不承保	

[\* 有關限制和例外的詳細資訊，請造訪 [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) 查閱計劃或保單文件。]

如果您要做門診手術	設施費（如流動手術中心）	15% <u>共同保險</u> ；不適用。	不承保	
	醫師／外科醫師費	15% <u>共同保險</u> ；不適用。	不承保	
如果您需要立即獲得醫護	<u>急診室服務（若住院則免除）</u>	設施 - 每次就診 \$150； <u>自付額</u> 不適用。	設施-每次就診 \$150 <u>自付額</u> 不適用。	無
		醫師 - 無費用	醫師-無費用	
	<u>緊急醫療運送</u>	每次運送 \$75; 不適用。	每次運送 \$75; 不適用。	無
	<u>緊急護理</u>	每次就診 \$15； <u>自付額</u> 不適用。	每次就診 \$15； <u>自付額</u> 不適用。	在服務區域內時由計劃外醫療服務提供者所提供的 <u>緊急照護</u> ，會承保在服務區域外時由計劃外醫療服務提供者所提供的 <u>緊急照護</u> 。要求事前書面授權。服務區域內計劃外醫療服務提供者的 <u>緊急護理</u> 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）	15% <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。
	醫師／外科醫師費	15% <u>共同保險</u> ； <u>自付額</u> 不適用。	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	每次就診 \$15； <u>自付額</u> 不適用。	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； <u>自付額</u> 不適用。		
	住院服務	設施 15% 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 15% 共同保險； <u>自付額</u> 不適用。		
如果您懷孕	診所就診	無費用	不承保	無
	分娩專業服務	15% <u>共同保險</u> ； <u>自付額</u> 不適用。	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	15% <u>共同保險</u>	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	每次就診 \$15； <u>自付額</u> 不適用。	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	每次就診 \$15； <u>自付額</u> 不適用。	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	每次就診 \$15； <u>自付額</u> 不適用。	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。
	專業護理照護	15% <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。
	耐用醫療設備	15% <u>共同保險</u> ；不適用。	不承保	無
	善終服務	無費用	無費用	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"> <li>• 脊椎整復照護</li> <li>• 整形手術</li> <li>• 牙科護理（成人）</li> <li>• 助聽器</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不孕症治療</li> <li>• 長期照護</li> <li>• 在美國境外旅行時的非緊急照護</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 營養諮詢</li> <li>• 私人值班護士護理服務</li> <li>• 例行性眼睛檢查（成人）</li> <li>• 減肥計劃</li> </ul> |
|---|---|---|

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"> <li>• 墮胎</li> <li>• 針灸</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 減肥手術</li> <li>• 例行性足部照護（存在條件限制）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 遠距健康服務</li> </ul> |
|--|---|--|

**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](http://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。

[\* 有關限制和例外的詳細資訊，請造訪 [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) 查閱計劃或保單文件。]

## 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	\$1,400
■ 專家共付額	\$25
■ 醫院（設施）共同保險	15%
■ 其他共付額	15%

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）

<b>範例總費用</b>	<b>\$12,800</b>
在此範例中，Peg 將支付：	
<i>費用分攤</i>	
自付額	\$75
共付額	\$400
共同保險	\$1,000
<i>未涵蓋項目</i>	
限額或非承保服務	\$60
<b>Peg 的總支付額為</b>	<b>\$1,535</b>

### 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	\$1,400
■ 專家共付額	\$25
■ 醫院（設施）共同保險	15%
■ 其他共付額	15%

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）

<b>範例總費用</b>	<b>\$7,400</b>
在此範例中，Joe 將支付：	
<i>費用分攤</i>	
自付額*	\$100
共付額	\$700
共同保險	\$100
<i>未涵蓋項目</i>	
限額或非承保服務	\$20
<b>Joe 的總支付額為</b>	<b>\$920</b>

### 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	\$1,400
■ 專家共付額	\$25
■ 醫院（設施）共同保險	15%
■ 其他共付額	15%

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）

<b>範例總費用</b>	<b>\$1,900</b>
在此範例中，Mia 將支付：	
<i>費用分攤</i>	
自付額*	\$0
共付額	\$500
共同保險	\$40
<i>未涵蓋項目</i>	
限額或非承保服務	\$0
<b>Mia 的總支付額為</b>	<b>\$540</b>

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？」