



本福利与承保范围摘要 (SBC) 文件可帮助您选择健康保险计划。SBC 说明了您与本计划如何分摊承保医疗费用的费用。注意：本计划的费用（称为保费）信息将另行提供。本文仅为摘要。如需了解更全面的承保信息，或获取完整保险条款的副本，请访问 <https://regence.com/go/2026/policy/OR/StandardSilverIndividualConnectIndividualConnectEx> 或致电 1-855-857-9959。有关常见术语（例如允许额、差额账单、共保额、共付额、免赔额、提供者或其他加底线术语）的一般定义，请参见术语表。您可在 healthcare.gov/sbc-glossary 上查看术语表，或拨打 1-855-857-9959 索要一份术语资料。

重要问题	答案	为什么这很重要：
总免赔额是多少？	每个日历年个人 \$6,100/家庭 \$12,200。	通常，您必须先支付提供者开出的免赔额以内的所有费用，达到免赔额后，本计划才会开始支付。如您有其他家庭成员也参加了本计划，每个家庭成员必须先达到其个人免赔额要求，直至所有家庭成员支付的免赔额总额达到家庭总免赔额要求。
在达到免赔额要求之前是否有承保相关服务？	是的。一些预防性护理、处方药承保以及下面列出的标示有“免赔额不适用”的服务。“不收费”是指 \$0 共付额或 0% 共保额，无论免赔额是否适用。	本计划仍会承保部分项目和服务，即使您还没有达到免赔额金额要求。不过，共付额或共保额可能适用。例如，在未进行费用分摊以及在您达到您的免赔额要求之前，本计划会承保某些预防性服务。承保的预防性服务列表请见： healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
对于特定的服务，是否有其他免赔额？	不需要。	对于特定服务，您无需达到免赔额要求。
本计划自付费用额度是多少？	每个日历年个人 \$9,200/家庭 \$18,400。	自付费用额度指一年中您要为所承保服务支付的最大金额。如果您有其他家庭成员参加了本计划，则他们必须达到其各自的自付费用额度要求，直至全家达到家庭自付费用总额度要求。
哪些服务或费用不包含在自付费用额度内？	儿童视力服务、保费、差额账单费用以及本计划不承保的健康护理。	即使您支付了这些费用，它们也不能计入自付费用额度。
如果您使用网络内提供者，您支付的金额是否可以减少？	是的。如需了解网络内提供者名单，请访问 https://regence.com/go/OR/IndividualConnect 或致电 1-855-857-9959。	本计划使用提供者网络。如果使用本计划网络内提供者，您将可以少支付一些。使用网络外提供者的费用将是最高的；如提供者收取的费用与您的计划所支付的费用之间存在差异，您可能会收到提供者给您的账单（差额账单）。请注意，您的网络内提供者可能会使用网络外提供者提供某些服务（如化验）。请在获取服务前先与您的提供者核实。
您需要转诊才能到专科医生处看诊吗？	不需要。	您无需转诊就可以到专科医生处看诊。



本表显示的所有**共付额**和**共保额**费用均为达到**免赔额**要求后的费用（如果**免赔额**适用的话）。

活动	服务	您将支付的费用		限制、特例以及其他重要信息
		网络内提供者（您支付的金额最少）	网络外提供者（您支付的金额最多）	
如您前往某位医疗保健提供者的办公室或诊所	初级护理就诊，以治疗受伤或疾病	\$5 共付额 /办公室预就诊， 免赔额 不适用； \$40 共付额 /其他办公室就诊（达到预就诊次数限额后）， 免赔额 不适用； 对于其他服务，30% 共保额	不予承保	每年前 3 次办公室预就诊。 额度适用于初级护理和行为健康就诊组合。
	<u>专科医生</u> 就诊	\$100 共付额 /办公室就诊， 免赔额 不适用； 对于其他服务，30% 共保额	不予承保	无
	<u>预防性护理/筛查/疫苗接种</u>	不收费， 免赔额 不适用	不予承保	您可能需要支付非预防性服务的费用。如所需的服务为预防性，请咨询您的 <u>提供者</u> 。然后查看您的 <u>计划</u> 可支付的费用。
如果您要做检查	<u>诊断检查</u> （x 光检查、血液检查）	30% 共保额	不予承保	无
	<u>影像</u> （CT/PET 扫描、MRI）	30% 共保额	不予承保	
如需要药物来治疗您的疾病或病症 如需了解 <u>处方药承保范围</u> 的更多信息，请访问 https://regence.com/go/	非品牌药	\$15 共付额 ， 免赔额 不适用/零售处方药； \$45 共付额 ， 免赔额 不适用/送药上门处方药	不予承保	除非特例通过批准，否则未列在药物清单中的 <u>处方药</u> 不在承保范围内。 90 天供药/零售处方药（您的 <u>费用分摊</u> 按每 30 天供药计算） 90 天供药/送药上门处方药 30 天供药/ <u>特种药</u> 处方

活动	服务	您将支付的费用		限制、特例以及其他重要信息
		网络内提供者（您支付的金额最少）	网络外提供者（您支付的金额最多）	
2026/OR/4tier	首选品牌药	\$60 共付额，免赔额不适用/零售处方药； \$180 共付额，免赔额不适用/送药上门处方药	不予承保	<p>特种药无法通过送药上门提供。</p> <p>自行管控的癌症化疗药物的承保范围是 30% 共保额，免赔额不适用。</p> <p>胰岛素费用分摊将不超过 \$35/30 天供药或 \$105/90 天供药。</p> <p>不收费，免赔额不适用于在定点药房获取的预防性药物、女性避孕药和疫苗接种。</p> <p>如果您在有等效仿制药或特种生物仿制药可用时配给品牌药或特种药，则除了共付额和/或共保额外，您还需要支付费用差额。</p> <p>特种药的初次配药可由零售药房提供；续药必须由专业药房提供。</p>
	品牌药	50% 共保额，免赔额不适用/零售处方药； 50% 共保额，免赔额不适用/送货上门处方药	不予承保	
	特种药	50% 共保额，免赔额不适用/特种药	不予承保	
如果您要做门诊手术	设施费（例如，门诊手术中心）	30% 共保额	不予承保	无
	医生/外科医生服务费	30% 共保额	不予承保	
如果您需要立即就医	急诊室护理	30% 共保额	30% 共保额	无
	紧急医疗接送	30% 共保额	30% 共保额	
	紧急护理	\$70 共付额/就诊，免赔额不适用； 对于其他服务，30% 共保额	\$70 共付额/就诊，免赔额不适用； 对于其他服务，30% 共保额	
如果您需要住院	设施费（如病房）	30% 共保额	不予承保	无
	医生/外科医生服务费	30% 共保额	不予承保	

活动	服务	您将支付的费用		限制、特例以及其他重要信息
		网络内提供者（您支付的金额最少）	网络外提供者（您支付的金额最多）	
如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务	门诊服务	<p>\$5 <u>共付额</u>/办公室预就诊或心理治疗就诊，<u>免赔额</u>不适用；</p> <p>\$40 <u>共付额</u>/其他办公室就诊或心理治疗就诊（达到预就诊次数限额后），<u>免赔额</u>不适用；</p> <p>对于其他服务，30% <u>共保额</u></p>	不予承保	每年前3次预就诊。 额度适用于初级护理和行为健康就诊组合。
	住院服务	30% <u>共保额</u>	不予承保	无
如果您怀孕了	办公室就诊	30% <u>共保额</u>	不予承保	费用分摊不适用于预防性服务。根据服务类型， <u>共付额</u> 、 <u>共保额</u> 或 <u>免赔额</u> 可能适用。孕产妇护理可能包括福利与承保范围摘要 (SBC) 中其他地方描述的各项检查和服务（例如，超声）。
	生产/分娩专业服务	30% <u>共保额</u>	不予承保	
	生产/分娩设施服务	30% <u>共保额</u>	不予承保	
如果您需要康复帮助或有其他特殊健康需求	<u>家庭健康护理</u>	30% <u>共保额</u>	不予承保	无
	<u>康复服务</u>	<p>\$40 <u>共付额</u>/办公室就诊，<u>免赔额</u>不适用；</p> <p>对于其他服务，30% <u>共保额</u></p>	不予承保	针对每次 <u>康复和复健服务</u> 为住院 30 天（如果是头部或脊髓损伤，则长达 60 天）/年 针对每次 <u>康复和复健服务</u> 为 30 次门诊就诊/年 包括物理治疗、职业治疗和言语治疗。
	<u>复健服务</u>	<p>\$40 <u>共付额</u>/办公室就诊，<u>免赔额</u>不适用；</p> <p>对于其他服务，30% <u>共保额</u></p>	不予承保	
	<u>熟练的护理服务</u>	30% <u>共保额</u>	不予承保	每年住院 60 天

活动	服务	您将支付的费用		限制、特例以及其他重要信息
		网络内提供者（您支付的金额最少）	网络外提供者（您支付的金额最多）	
	<u>耐用医疗设备</u>	30% <u>共保额</u>	不予承保	1 个合成假发/年 1 副眼镜或隐形眼镜/年，适用于有严重医疗或外科问题的个人，屈光手术除外
	<u>临终关怀服务</u>	30% <u>共保额</u>	不予承保	30 天入院暂息或门诊护理/终身暂息护理限制是一次 5 个连续日。
如果您的孩子需要牙齿或眼部护理	儿童眼部检查	不收费， <u>免赔额</u> 不适用	不予承保	19 岁以下个人每年 1 次常规视力检查 VSP 医生是唯一的 <u>网络内提供者</u> 。
	儿童眼镜	不收费， <u>免赔额</u> 不适用	不予承保	1 副镜片/年 1 副眼镜架/年 眼镜仅限于 19 岁以下的个人。 VSP 医生提供的镜架仅限于 Otis & Piper Eyewear 系列。 VSP 医生是唯一的 <u>网络内提供者</u> 。
	儿童牙齿检查	不予承保	不予承保	无

未包括的服务与其他承保的服务：

您的计划通常未承保的服务（请查看您的保单或计划文件，了解详情以及任何其他未包括的服务清单。）

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 减肥手术• 美容手术，先天性畸形除外• 牙齿护理• 不育治疗 | <ul style="list-style-type: none">• 长期护理• 美国境外的非紧急医疗护理• 私人护士护理 | <ul style="list-style-type: none">• 常规眼部护理（成人）• 常规足部护理，糖尿病患者除外• 减肥计划 |
|---|--|--|

其他承保服务（限制条件可能适用于这些服务。此列表并非完整列表。请参见您的计划文件。）

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 堕胎（法律禁止为某些承保范围内的终止妊娠提供公共资助。保费付款是分开进行的，以确保合规性。） | <ul style="list-style-type: none">• 针灸，每年 12 次就诊• 脊椎按摩疗法，20 次脊柱推拿术/年 | <ul style="list-style-type: none">• 助听器，每 36 个月每只耳朵 1 个 |
|--|---|---|

您有继续承保的权利：在承保到期后，如果您想继续承保，有些机构可以帮助您。这些机构的联系方式如下：U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, 电话：1-866-444-3272, 网址：dol.gov/ebsa/healthreform；U.S. Department of Health and Human Services 消费者信息与保险监督中心，电话：1-877-267-2323 转 61565, 网址：cciio.cms.gov；或州保险部。您也可通过拨打 1-855-857-9959 联系本计划。您也可以选择其他承保方案，包括通过健康保险交易市场购买个人保险承保。如需了解交易市场的更多信息，请访问 HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596。

您的申诉和上诉权：如果您因某项权利主张被否决而需要对您的计划进行投诉，有些机构可以帮助您。这种投诉被称为申诉或上诉。如需了解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。您的计划文件也提供了关于向您的计划提交因任何原因引起的权利主张、上诉或申诉的完整信息。如需了解您的权利、本声明或者相关协助的更多信息，请拨打 1-855-857-9959 或访问 regence.com 联系本计划；或者联系美国劳工部雇员福利安全管理局，电话：1-866-444-3272, 网址：dol.gov/ebsa/healthreform。您也可以致电 1-503-947-7984 或拨打免费留言电话 1-888-877-4894, 与俄勒冈州金融监管处取得联系；写信给俄勒冈州金融监管处消费者权益保护组（Consumer Advocacy Unit, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405）；通过互联网：dfr.oregon.gov/help/complaints-licenses/Pages/file-complaint.aspx；或发送电子邮件：DFR.InsuranceHelp@oregon.gov。

本计划是否有提供最低基本承保范围？ 是的

最低基本承保范围通常包括计划、可通过交易市场购买的健康保险或其他个别市场保单、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 以及某些其他承保范围。如果您符合某些类型的最低基本承保范围，则可能没有资格获得保费税额抵免。

本计划是否符合最低价值标准？ 不适用

如果您的计划不符合最低价值标准，您可能没有资格享受保费税额抵免，通过交易市场帮助您支付计划的费用。

语言服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-857-9959.

如需了解本计划如何支付某种示例医疗情形的费用，请参见下一节。

关于这些承保示例：



这不是一份费用估计表。所显示的各种治疗仅是说明本计划可能如何承保医疗护理的示例。根据您的实际获得的护理、您的提供者收取的价格以及许多其他因素，您的实际费用会有所不同。注意计划中的费用分摊金额（免赔额、共付额和共保额）与未包括的服务。您可以利用此信息来比较您在不同健康计划下需要支付的费用。请注意，这些承保示例基于个人承保。

Peg 要生孩子了

（9 个月的网络内产前护理与住院分娩）

■ 计划的总免赔额	\$6,100
■ 专科医生共付额	\$100
■ 医院（设施）共保额	30%
■ 其他共保额	30%

此示例情形包括了多种服务，例如：
 专科医生办公室就诊（产前护理）
 生产/分娩专业服务
 生产/分娩设施服务
 诊断测试（超声和血液检测）
 专科医生就诊（麻醉）

示例总费用	\$12,700
-------	----------

在此示例情形中，Peg 需要支付：

费用分摊	
免赔额	\$6,100
共付额	\$10
共保额	\$1,800
未承保的服务	
限制条件或排除责任	\$60
Peg 要支付的总费用为	\$7,970

管理 Joe 的 2 型糖尿病

（对控制良好的病情的一年常规网络内护理）

■ 计划的总免赔额	\$6,100
■ 专科医生共付额	\$100
■ 医院（设施）共保额	30%
■ 其他共保额	30%

此示例情形包括了一些服务，例如：
 初级护理医师办公室就诊（包括疾病指导）
 诊断测试（血液检测）
 处方药
 耐用医疗设备（葡萄糖计）

示例总费用	\$5,600
-------	---------

在此示例情形中，Joe 需要支付：

费用分摊	
免赔额	\$900
共付额	\$900
共保额	\$0
未承保的服务	
限制条件或排除责任	\$200
Joe 要支付的总费用为	\$2,000

Mia 的简单骨折

（网络内急诊室就诊和后续护理）

■ 计划的总免赔额	\$6,100
■ 专科医生共付额	\$100
■ 医院（设施）共保额	30%
■ 其他共保额	30%

此示例情形包括了一些服务，例如：
 急诊室护理（包括医疗用品）
 诊断测试（x-射线）
 耐用医疗设备（拐杖）
 康复服务（物理治疗）

示例总费用	\$2,800
-------	---------

在此示例情形中，Mia 需要支付：

费用分摊	
免赔额	\$2,100
共付额	\$400
共保额	\$0
未承保的服务	
限制条件或排除责任	\$0
Mia 要支付的总费用为	\$2,500

本计划负责支付这些示例承保服务的其他费用。

非歧视声明

Regence 遵守适用的联邦民权法，不因种族、肤色、原籍国、年龄、残障或性别而进行歧视。
Regence 不因种族、肤色、原籍国、年龄、残障或性别而排斥或不友好对待他人。

Regence:

向残疾人提供合理调整和一些免费的适当辅助器具和服务，以帮助他们与我们进行有效沟通，例如：

- 有资质的手语传译员
- 以其他形式（大字号、音频、可使用的电子格式、其他格式）提供书面信息。

向主要语言不是英语的人士提供免费语言援助服务，可能包括：

- 有资质的传译员
- 以其他语言提供书面信息。

如果您需要合理调整、适当的辅助器具和服务或语言援助服务，请联系民权协调员。

如果您认为 **Regence** 未提供这些服务，或因种族、肤色、原籍国、年龄、残障或性别以其他方式进行歧视，您可以提交投诉。您可以面对面或通过邮寄、传真或电子邮件提交投诉。如果您在提交投诉时需要帮助，民权协调员可以随时为您提供帮助。

客户服务部

民权协调员

PO Box 1106

Lewiston, ID 83501-1106

电话：1-888-344-6347，（TTY：711）

传真：1-888-309-8784

电子邮件：CS@regence.com

Medicare 客户服务部

电话：1-800-541-8981（TTY：711）

电子邮件：medicareappeals@regence.com

VSP 客户服务部

电话：1-844-299-3041

TTY：1-800-428-4833

您也可向以下部门提交民权投诉：美国卫生与公众服务部民权办公室，可通过民权办公室投诉门户 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) 以电子方式投诉，或通过以下地址信息或号码以邮寄或电话方式投诉：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

可通过以下网址获取投诉表格：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

语言援助

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

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 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

注意事項：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。1-888-344-6347 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínizín: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማሳሰቢያ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिटिवाइ: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ອຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີຜ່ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)