



福利和承保概要 (SBC) 文件将帮助您选择健康计划。SBC 向您展示您和计划如何分摊承保医疗保健服务的费用。备注：有关此计划费用（称为保费）的信息将另行提供。本文只是概要。如需了解您的承保范围详情或获取完整的承保条款，请访问 [PacificSource.com/plan-details](https://pacificsource.com/plan-details)。有关允许金额、余额结算、共同保险、共付额、免赔额、提供者或其他带下划线术语等常用术语的一般定义，请参阅词汇表。您可以在以下位置查看词汇表：[Healthcare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) 或致电 1-888-977-9299 索取副本。

重要问题	答案	为什么这很重要：
总免赔额是多少？	网络内提供者：个人 \$6,100/家庭 \$12,200	通常情况下，您必须先支付所有费用，直至达到免赔额，之后该计划才会开始支付。如果您的计划中包含其他家庭成员，则每个家庭成员都必须满足其个人免赔额，直到所有家庭成员支付的免赔额总额达到家庭总免赔额为止。
在达到自付额之前，是否有任何服务是承保服务？	是。以下列出的预防护理和其他服务“无需支付免赔额”。	即使您尚未达到免赔额，此计划也承保某些物品和服务。但可能需要共付额或共同保险。例如，本计划承保某些预防服务，无需支付费用分摊，且在您达到免赔额之前即可获得承保。请查看承保的预防服务列表，网址为： <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">Healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。
特定服务是否还有其他免赔额？	否。	您无需为特定服务支付免赔额。
此保险计划的自付费用上限是多少？	网络内提供者：个人 \$9,200/家庭 \$18,400	自付费用上限是指您一年内为承保服务支付的最高金额。如果您的计划中包含其他家庭成员，则他们必须各自达到其自付费用上限，直到达到家庭总自付费用上限为止。
自付费用上限不包括哪些内容？	保费、余额结算费用以及本计划不承保的医疗保健费用。	即使你支付了这些费用，它们也不计入自付费用上限。
使用网络提供者的服务会更便宜吗？	是。请查看 <a href="https://providerdirectory.pacificsource.com/?nPlan=Core">providerdirectory.pacificsource.com/?nPlan=Core</a> 或致电 1-888-977-9299 获取网络提供者列表。	此计划使用提供者网络。如果您使用计划网络内的提供者，您将支付较少的费用。如果您使用网络外提供者，您将支付较多的费用，并且您可能会收到提供者的账单，以弥补提供者收费与您的计划支付金额之间的差额（余额结算）。请注意，您的网络提供者可能会使用网络外提供者来提供某些服务（例如化验室检查）。在接受服务前，请先与您的服务提供者确认。
您需要转介才能看专科医生吗？	否。	您可以直接去看您选择的专科医生，无需转介。



本图表中显示的所有共付额和共同保险费用均在扣除免赔额后计算（如有免赔额）。

您需要支付的金额				
常见医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付最少的费用)	网络外 (您将支付最多费用)	限制、排除情况及其他重要信息
如果您去医疗保健提供者的诊室或诊所就诊	初级保健就诊以治疗伤病	前三次就诊每次需支付 \$5 <u>共付额</u> ，无需支付 <u>免赔额</u> 。后续就诊，每次需支付 \$40 <u>共付额</u> ，无需支付 <u>免赔额</u> 。	不承保	每个福利年度的前三次就诊，包括初级保健、心理健康、行为健康和药物滥用治疗，全部合计。
	<u>专科医生</u> 就诊	每次就诊需支付 \$100 <u>共付额</u> ，无需支付 <u>免赔额</u> 。	不承保	无
	<u>预防保健/筛查/免疫接种</u>	不收取任何费用，无需支付 <u>免赔额</u> 。	不承保	预防体检：0-36 个月大的婴儿每年 13 次就诊，3 岁及以上的婴儿每年一次就诊。女性健康检查：每年一次。您可能需要为一些非预防性的服务付费。请询问您的提供者所需服务是否属于预防性服务。然后查看您的计划支付哪些服务。戒烟：网络外不予承保。
如果您进行检查	<u>诊断检查</u> （X 光、血液检查）	30% <u>共同保险</u>	不承保	无
	<u>成像检查</u> （CT/PET 扫描、MRI）	30% <u>共同保险</u>	不承保	需事先获得授权。如果未获得授权，您将承担相关费用。

您需要支付的金额				
常见医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付最少的费用)	网络外 (您将支付最多费用)	限制、排除情况及其他重要信息
如果您需要药物来治疗您的疾病或状况 有关处方药承保的更多信息，请访问 <a href="http://PacificSource.com/drug-list">PacificSource.com/drug-list</a>	仿制药物 - 1 级	零售：每份处方 \$15 共付额，无需支付免赔额。 邮购：每份处方 \$30 共付额，无需支付免赔额。	不承保	适用于所有处方药清单级别：处方福利包括某些门诊药物作为预防性福利，在网络内获得时免费，无需支付免赔额。所示费用分摊金额代表零售 30 天的用量和邮购 90 天的用量。零售和邮购的数量限制为 90 天的用量。特殊药物的数量限制为 30 天用量。某些药物需要事先获得授权。如果未获得授权，您将承担相关费用。
	首选药物 - 2 级	零售：每份处方 \$60 共付额，无需支付免赔额。 邮购：每份处方 \$180 共付额，无需支付免赔额。	不承保	
	非首选药物 - 3 级	零售：50% 共同保险，无需支付免赔额。 邮寄：50% 共同保险，无需支付免赔额。	不承保	
	特殊药物 - 4 级	零售：50% 共同保险，无需支付免赔额。 邮寄：50% 共同保险，无需支付免赔额。	不承保	
如果您接受门诊手术	设施费（例如门诊手术中心）	30% 共同保险	不承保	某些手术需要事先获得授权。如果未获得授权，您将承担相关费用。
	医生/外科医生费用	30% 共同保险	不承保	无
如果您需要立即就医	急诊室护理	医疗紧急情况：30% 共同保险 非紧急情况：30% 共同保险	医疗紧急情况：30% 共同保险 非紧急情况：不承保	无
	紧急医疗载送	地面：30% 共同保险 空中：30% 共同保险	地面：30% 共同保险 空中：30% 共同保险	只能送往附近能够治疗该病症的医疗机构。如果地面载送因医疗或身体原因不适宜，则使用空中载送。
	急症护理	每次就诊需支付 \$70 共付额，无需支付免赔额。	不承保	只有通过我们的网络才能享受网络外急症护理服务，且只需支付网络内费用分摊即可。

您需要支付的金额				
常见医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付最少的费用)	网络外 (您将支付最多费用)	限制、排除情况及其他重要信息
如果您需要住院治疗	设施费 (例如病房费)	30% <u>共同保险</u>	不承保	仅限半私人房间, 除非确定需要私人房间。部分住院服务需要事先获得授权。如果未获得授权, 您将承担相关费用。
	医生/外科医生费用	30% <u>共同保险</u>	不承保	无
如果您需要精神健康、行为健康或物质滥用服务	门诊服务	前三次就诊每次需支付 \$5 <u>共付额</u> , 无需支付 <u>免赔额</u> 。后续就诊, 每次需支付 \$40 <u>共付额</u> , 无需支付 <u>免赔额</u> 。	不承保	每个福利年度的前三次就诊, 包括初级保健、心理健康、行为健康和药物滥用治疗, 全部合计。
	住院服务	30% <u>共同保险</u>	不承保	部分住院服务需要事先获得授权。如果未获得授权, 您将承担相关费用。
如果您怀孕了	门诊就诊	30% <u>共同保险</u>	不承保	<u>预防服务</u> 不适用 <u>费用分摊</u> 。分娩和住院治疗均包含在产前和产后护理范围内。该设施的承保范围与其他医院服务相同。
	分娩/生产专业服务	30% <u>共同保险</u>	不承保	
	分娩/产房服务	30% <u>共同保险</u>	不承保	
如果您需要康复方面的帮助或有其他特殊健康需求	<u>居家医疗保健</u>	30% <u>共同保险</u>	不承保	不承保私人护理或生活照料服务。
	<u>康复服务</u>	住院: 30% <u>共同保险</u> 门诊: 每次就诊需支付 \$40 <u>共付额</u> , 无需支付 <u>免赔额</u> (如在诊所就诊), 其他情况下需支付 30% 的 <u>共同保险费</u>	住院: 不承保 门诊: 不承保	住院: 每年限 30 天。门诊: 每年限就诊 30 次。康复治疗不在承保范围内。
	<u>康复服务</u>	住院: 30% <u>共同保险</u> 门诊: 每次就诊需支付 \$40 <u>共付额</u> , 无需支付 <u>免赔额</u> (如在诊所就诊), 其他情况下需支付 30% 的 <u>共同保险费</u>	住院: 不承保 门诊: 不承保	住院: 每年限 30 天。门诊: 每年限就诊 30 次。康复治疗不在承保范围内。

您需要支付的金额				
常见医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付最少的费用)	网络外 (您将支付最多费用)	限制、排除情况及其他重要信息
	<u>专业护理</u>	30% <u>共同保险</u>	不承保	每年限 60 天。不包含监护照护费用。
	<u>耐用医疗设备</u>	30% <u>共同保险</u>	不承保	限额：每年总计 \$5,000；每年一副眼镜或隐形眼镜；每次怀孕一个吸奶器；每年一项用于化疗或放疗的假发。如果设备价值超过 \$2,500，则需要事先获得授权；如果是电动轮椅，则需要事先获得授权；如果未获得授权，您将承担相关费用。
	<u>临终关怀服务</u>	30% <u>共同保险</u>	不承保	不承保私人护理服务。临时照护服务限连续 5 天，终身 30 天。
如果您的孩子需要牙科或眼科护理	儿童眼科检查	不收取任何费用，无需支付 <u>免赔额</u> 。	最高收费 \$40，无需支付 <u>免赔额</u> ，之后需 100% <u>共同保险</u>	18 岁及以下人士，每年进行一次常规眼科检查。
	儿童眼镜	包括网络内和网络外费用：30% <u>共同保险</u>	包括网络内和网络外费用：30% <u>共同保险</u>	包括网络内和网络外费用：18 岁或以下人士，每年可配一副眼镜（镜框和镜片）或隐形眼镜（镜片和验配）。最高免费额度为 \$150，无需支付 <u>免赔额</u> 。
	儿童牙科检查	不承保	不承保	不承保

## 除外服务及其他承保服务：

您的计划通常不承保的服务（请查看您的保单或计划文件以了解更多信息以及其他不承保的服务列表。）

- 减肥手术
- 不孕症治疗
- 私人护理
- 整容手术（某些特殊情况除外）
- 长期护理
- 常规眼部护理（成人）
- 成人牙科护理
- 美国境外旅行时的非紧急医疗服务
- 除糖尿病足外，其他足部护理

其他承保服务（这些服务可能存在限制。这并非完整列表。请参阅您的计划文件。）

- 堕胎
- 脊椎矫正治疗，每年 20 次就诊
- 助听器（儿童）
- 针灸治疗，每年 12 次就诊
- 助听器（成人）
- 减肥计划

**您继续享有承保的权利：**如果您想在保险到期后继续享受保险服务，可以联系相关机构寻求帮助。这些机构的联系方式如下：金融监管部门电话：1-888-877-4894 或 [dfr.oregon.gov](http://dfr.oregon.gov)。您还可以选择其他保险方案，包括通过健康保险市场购买个人保险。有关市场的更多信息，请访问 [Healthcare.gov](http://Healthcare.gov) 或致电 1-800-318-2596。

**您的申诉和上诉权利：**如果您对保险计划的理赔被拒有任何不满，可以向相关机构寻求帮助。这种投诉被称为申诉或上诉。有关您的权利的更多信息，请查看您将获得的医疗理赔福利说明。您的计划文件还提供了完整的信息，以便您就任何原因向您的计划提交理赔、上诉或申诉。如需了解更多关于您的权利、本通知或寻求帮助的信息，请联系：PacificSource 客户服务部团队电话：1-888-977-9299，或金融监管部门电话：1-888-877-4894，或致电：[dfr.oregon.gov](http://dfr.oregon.gov)。

**本计划是否提供最低基本承保？是。**

最低基本承保通常包括通过市场或其他个人市场保单购买的健康保险计划、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 以及某些其他承保。如果您符合某些类型的最低基本承保资格，您可能不符合保费税收抵免的资格。

**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，您可能没有资格获得保费税收抵免以帮助您通过市场支付计划费用。

## 语言访问服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-977-9299.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-977-9299.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-977-9299.

要了解此计划如何支付特定医疗情况下的费用，请参阅下一部分。

## 关于这些承保范围示例：



**这不是费用估算器。** 此处列出的治疗方案仅为该计划可能承保的医疗保健服务的示例。您的实际费用将根据您实际接受的护理、提供者的收费标准以及许多其他因素而有所不同。重点关注费用分摊金额（免赔额、共付额和共同保险）以及计划中排除的服务。利用这些信息来比较您在不同医疗保险计划下可能需要支付的费用比例。请注意，这些承保范围示例仅基于个人承保。

### 佩格要生宝宝了

(9 个月的院内产前护理和医院分娩)

- 本计划的总免赔额 \$6,100
- 专科医生 \$100 共付额
- 医院（设施） 30% 共同保险
- 其他： 30% 共同保险

此示例活动包含以下服务：

专科医生门诊就诊（产前护理）

分娩/生产专业服务

分娩/产房服务

诊断检查（超声波检查和血液检查）

专科医生就诊（麻醉）

总示例费用	\$12,700
在这个例子中，佩格需要支付：	
<i>费用分摊</i>	
免赔额	\$6100
共付额	\$10
共同保险	\$1900
<i>不承保的项目</i>	
限制或排除额	\$60
佩格总共要支付	\$8,070

### 管理乔的 2 型糖尿病

(一年内接受常规的、网络内医疗服务，病情控制良好)

- 本计划的总免赔额 \$6,100
- 专科医生 \$100 共付额
- 医院（设施） 30% 共同保险
- 其他： 30% 共同保险

此示例活动包含以下服务：

初级保健医生门诊就诊（包括疾病教育）

诊断检查（验血）

处方药

耐用医疗设备（血糖仪）

总示例费用	\$5,600
在这个例子中，乔需要支付：	
<i>费用分摊</i>	
免赔额	\$900
共付额	\$1000
共同保险	\$0
<i>不承保的项目</i>	
限制或排除额	\$20
乔总共要支付	\$1,920

### 米娅的单纯性骨折

(网络内急诊室就诊及后续护理)

- 本计划的总免赔额 \$6,100
- 专科医生 \$100 共付额
- 医院（设施） 30% 共同保险
- 其他： 30% 共同保险

此示例活动包含以下服务：

急诊室护理（包括医疗用品）

诊断检查（X光）

耐用医疗设备（拐杖）

康复服务（物理治疗）

总示例费用	\$2,800
在这个例子中，米娅需要支付：	
<i>费用分摊</i>	
免赔额	\$2100
共付额	\$400
共同保险	\$0
<i>不承保的项目</i>	
限制或排除额	\$20
米娅总共需要支付	\$2,500

计划将负责支付这些示例承保服务的其他费用。