



该福利与保险介绍 (SBC) 文档将帮助您选择一项健康计划。该 SBC 向您说明您和计划将如何分摊所承保的保健服务的费用。注意：关于该计划费用（又称为“保费”）的信息将单独提供。这仅是简要介绍。若要获得关于承保范围的更多信息，或者取得完整的承保范围条款，请浏览 [PacificSource.com/plan-details](https://pacificsource.com/plan-details)。关于常见术语的一般定义，例如限额、开具差额账单、共同保险费用、自付费用、自负额、医疗服务提供者或其他标有下划线的术语，请查阅词汇表。您可以访问 [Healthcare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) 查阅术语表，或致电 1-888-977-9299 索要副本。

重要问题	回答	为什么这点至关重要：
什么是整体 <u>自负额</u> ？	网络内医疗服务提供者：个人 \$5,500/家庭 \$11,000 网络外医疗服务提供者：个人 \$10,000/家庭 \$20,000	通常，您必须在本计划开始支付前向 <u>医疗服务提供者</u> 支付所有费用，最多不超过 <u>自负额</u> 金额。如果您有其他家庭成员参保了计划，那么在所有家庭成员支付的总 <u>自负额</u> 支出达到家庭总 <u>自负额</u> 前，每名家庭成员都必须达到他们自己的个人 <u>自负额</u> 。
未达到 <u>自负额</u> 之前是否可承保服务？	是。下文列出了“ <u>自负额</u> 不适用”的预防性保健和其他相关服务。	即使您尚未达到 <u>自负额</u> ，该计划仍可承保某些项目和服务。但 <u>自付费用</u> 或 <u>共同保险费用</u> 可能适用。例如，该计划承保某些 <u>预防性服务</u> ，不需要 <u>分摊费用</u> ，并且是在达到 <u>自负额</u> 之前。参考一份承保的 <u>预防性服务</u> 的列表： Healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
对于特定服务，是否还有其他 <u>自负额</u> ？	否。	您无需为了接受特定服务而达到 <u>自负额</u> 。
该计划的最高 <u>自付金额</u> 是多少？	网络内医疗服务提供者：个人 \$9,450/家庭 \$18,900 网络外医疗服务提供者：个人 \$25,000/家庭 \$50,000	<u>最高自付金额</u> 指您在一年之内为您的承保服务所支付的最高费用。如果您有其他家人也参保本计划，那么在达到家庭总 <u>最高自付金额</u> 前，他们必须达到自己的 <u>最高自付金额</u> 。
哪些内容不包括在 <u>最高自付金额</u> 内？	<u>保费</u> 、 <u>差额账单</u> 收费及本计划不承保的 <u>医疗保健</u> 。	即便您为这类支出付款，也不计入 <u>最高自付金额</u> 。
如果您使用 <u>网络内医疗服务提供者</u> ，是否可以支付较低的费用？	是。参见 providerdirectory.PacificSource.com/Commercial/?nPlan=Navigator 或者拨打 1-888-977-9299，获得一份网络内医疗服务提供者的列表。	该计划使用 <u>医疗服务提供者网络</u> 。如果您使用该计划网络内 <u>医疗服务提供者</u> ，则您将支付较低的费用。如果您使用网络外 <u>医疗服务提供者</u> ，则您将支付大部分费用，而且您可能会收到来自 <u>医疗服务提供者</u> 的账单，要求您支付其服务收费与您的计划所支付的费用之间的差额（ <u>开具差额账单</u> ）。请注意，您的网络内 <u>医疗服务提供者</u> 可能会为了某些服务（例如实验室检查）而使用网络外 <u>医疗服务提供者</u> 。请在获得服务前与您的 <u>医疗服务提供者</u> 确认。
您是否需要转诊才能到 <u>专科医师</u> 处就诊？	否。	您无须 <u>转诊</u> 即可到您选择的 <u>专科医师</u> 处就诊。



该图表中显示的所有自付费用和共同保险费用均是达到您的自负额之后所需的费用，前提是自负额适用。

您将付费的项目				
普通医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付少部分费用)	网络外 (您将支付大部分费用)	限制、特例及其他重要信息
如果您在 <u>医疗服务提供者</u> 的诊室或诊所就诊	治疗伤病的初级保健	最初三次就诊，每次 \$5 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用。后续就诊，每次 \$40 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用。	50% <u>共同保险费用</u>	每个福利年的最初3次就诊与初级保健、心理健康、行为健康和药物滥用就诊合并。
	专科医师就诊，每次	\$80 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用	50% <u>共同保险费用</u>	无
	<u>预防性保健/筛查/免疫接种</u>	不收费， <u>自负额</u> 不适用	50% <u>共同保险费用</u>	预防性体检：年龄在 0-36 个月的儿童 13 次就诊，年满 3 岁则每年一次。妇女保健就诊：每年一次。您可能需要自己支付非预防性保健服务的费用。咨询您的 <u>医疗服务提供者</u> 所需的服务是否属于预防性保健服务。然后确认您的 <u>计划</u> 将支付费用的服务。戒烟：网络外不承保。
如果您接受检查	<u>诊断检查</u> (X光、验血)	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	无
	造影 (CT/PET 扫描、MRI)	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	需要事先授权。如果未获得事先授权，则您负责支付费用。

您将付费的项目				
普通医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付少部分费用)	网络外 (您将支付大部分费用)	限制、特例及其他重要信息
<p>如果您需要药物来治疗疾病或缓解病情。</p> <p>有关处方药物保险范围的更多资讯，请访问： PacificSource.com/drug-list</p>	学名药物——1级	零售：每份处方药 \$15 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用 邮购：每份处方药 \$30 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用	90% <u>共同保险费用</u>	<p>对于所有的处方药列表等级：处方药福利包含某些门诊药物，作为一项预防性福利，在网络内接受该福利时不收取费用，<u>自负额</u>不适用。显示的<u>费用分摊金额</u>代表零售承保 30 天用量，邮购承保 90 天用量。</p> <p>零售和邮购的数量上限为 90 天用量。<u>专用药物</u>的数量上限为 30 天用量。某些药物需要事先授权。如果未获得事先授权，则您负责支付费用。</p>
	首选药物——2级	零售：每份处方药 \$60 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用 邮购：每份处方药 \$180 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用	90% <u>共同保险费用</u>	
	非首选药物——3级	零售：50% <u>共同保险费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用 邮购：50% <u>共同保险费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用	90% <u>共同保险费用</u>	
	<u>专用药物</u> ——4级	零售：50% <u>共同保险费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用 邮购：50% <u>共同保险费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用	90% <u>共同保险费用</u>	
如果您接受门诊手术	设施费用（例如移动手术中心）	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	某些手术需要事先授权。如果未获得事先授权，则您负责支付费用。
	医生/外科医生费用	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	无
如果您需要紧急医疗照护	<u>急诊室就医</u>	医疗急诊：30% <u>共同保险费用</u> 非急诊：30% <u>共同保险费用</u>	医疗急诊：30% <u>共同保险费用</u> 非急诊：50% <u>共同保险费用</u>	无
	<u>医疗急诊交通</u>	地面交通：30% <u>共同保险费用</u> 空中交通：30% <u>共同保险费用</u>	地面交通：30% <u>共同保险费用</u> 空中交通：30% <u>共同保险费用</u>	仅限前往能够治疗病情的最近的医疗机构就医。如果从医疗或身体角度考虑，不宜采用地面交通，则承保空中交通的费用。
	紧急护理	\$70 <u>自付费用</u> ， <u>自负额</u> 不适用	50% <u>共同保险费用</u>	无

您将付费的项目				
普通医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付少部分费用)	网络外 (您将支付大部分费用)	限制、特例及其他重要信息
如果您需要住院	设施费用 (例如医院病房)	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	仅限入住半私人病房 (除非判定私人病房具有医疗必要性)。某些住院服务需要事先授权。如果未获得事先授权, 则您负责支付费用。
	医生/外科医生费用	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	无
如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用治疗服务	门诊服务	最初三次就诊, 每次 \$5 <u>自付费用</u> , <u>自负额</u> 不适用。后续就诊, 每次 \$40 <u>自付费用</u> , <u>自负额</u> 不适用。	50% <u>共同保险费用</u>	每个福利年的最初3次就诊与初级保健、心理健康、行为健康和药物滥用就诊合并。
	住院服务	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	某些住院服务需要事先授权。如果未获得事先授权, 则您负责支付费用。
如果您是孕妇	诊室就诊	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	费用分摊并不适用于预防性服务。分娩和医院就诊可由产前和妇产科保健承保。设施和任何其他医院服务一样受承保。
	生产/分娩专业服务	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	
	生产/分娩设施服务	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	
如果您需要帮助恢复健康或有其他特殊的保健需求	<u>家庭保健</u>	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	私人护理或看护不受承保。
	<u>康复服务</u>	住院: 30% <u>共同保险费用</u> 门诊: 每次就诊 \$40 <u>自付费用</u> , <u>自负额</u> 不适用 (前提是在诊室环境提供, 所有其他环境 30%) <u>共同保险费用</u>	住院: 50% <u>共同保险费用</u> 门诊: 50% <u>共同保险费用</u>	住院: 上限为每年 30 天。门诊: 上限为每年 30 次就诊。娱乐疗法不受承保。
	<u>康复服务</u>	住院: 30% <u>共同保险费用</u>	住院: 50% <u>共同保险费用</u> 门诊: 50% <u>共同保险费用</u>	住院: 上限为每年 30 天。门诊: 上限为每年 30 次就诊。娱乐疗法不受承保。

您将付费的项目				
普通医疗事件	您可能需要的服务	网络内 (您将支付少部分费用)	网络外 (您将支付大部分费用)	限制、特例及其他重要信息
		门诊: 每次就诊 \$40 <u>自付费用</u> , <u>自负额</u> 不适用 (前提是在诊室环境提供, 所有其他环境 30%) <u>共同保险费用</u>		
	<u>专业护理</u>	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	上限为每年 60 天。看护不受承保。
	<u>耐用医疗设备</u>	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	上限为: 全年 \$5,000; 每年一副框架眼镜或隐形眼镜; 每次怀孕一套吸乳器; 每年一副针对化疗和放射治疗的假发。价值超过 \$2,500 的设备以及助力轮椅需要事先授权 如果未获得事先授权, 则您负责支付费用。
	<u>宁养服务</u>	30% <u>共同保险费用</u>	50% <u>共同保险费用</u>	私人护理不受承保。喘息护理的上限为连续 5 天以及终生 30 天。
如果您的孩子需要牙齿或眼部护理	儿童眼科检查	不收费, <u>自负额</u> 不适用	不收费, 最高不超过 \$40, <u>自负额</u> 不适用, 然后 100% <u>共同保险费用</u>	对于 18 岁或 18 岁以下人士, 每年一次例行眼科检查。
	儿童眼镜	网络内和网络外总计: 30% <u>共同保险费用</u>	网络内和网络外总计: 30% <u>共同保险费用</u>	网络内和网络外总计: 对于 18 岁或 18 岁以下儿童, 每年一副眼镜 (镜架和镜片) 或隐形眼镜 (镜片和配件)。不收费, 最高不超过 \$150, <u>自负额</u> 不适用。
	儿童牙齿检查	不承保	不承保	不承保

排除在外的服务与其他承保服务:

您的计划通常不承保的服务 (查看您的保单或计划文档, 以了解更多信息并获取任何其他排除在外的服务列表。)

- 减肥手术
- 不孕不育治疗
- 私人护理
- 整容手术 (某些情况除外)
- 长期护理
- 例行眼部护理 (成人)

- 牙科护理（成
- 在美国境外差旅期间接受的
- 例行足部护理，糖尿病患者的足部护理除外非急诊治疗

其他承保服务（这些服务可能会存在一些限制。包括但不限于本列表中的内容。请参阅您的计划文档。）

- 堕胎
- 脊椎按摩护理
- 助听器（儿童）
- 针灸
- 助听器（成人）
- 减肥计划

您继续参保的权利：如果您希望在计划到期后继续参保，一些机构可向您提供帮助。这些机构的联系方式如下：金融监管局：1-888-877-4894，或者：dfr.oregon.gov。其他保险方案也可供您选择，包括通过健康保险 Marketplace 购买个人保险。关于 Marketplace 的更多信息，请访问 Healthcare.gov 或者致电 1-800-318-2596。

您的申诉和上诉权利：如果您由于索赔遭拒而对您的计划进行投诉，一些机构可向您提供帮助。这种投诉又叫做申诉或者上诉。关于您权利的更多信息，请参阅您即将收到的有关那项医疗索赔的福利说明。您的计划文档也会提供有关提交索赔、上诉或者申诉的所有信息，无论这些是基于何种原因对您的计划提出的。关于您的权利、本通知或援助的更多信息，请联系：PacificSource 客户服务团队：1-888-977-9299，或者金融监管局：1-888-877-4894，或：dfr.oregon.gov。

该计划是否提供最低基本保险？ 是。

最低基本保险一般包含计划、通过 Marketplace 提供的健康保险或者其他个人市场保单、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE和某些其他保险。即使您有资格获得某些类型的最低基本保险，您可能无资格享受保险费税额减免。

该计划是否达到最低价值标准？ 不适用。

如果您的计划没有达到最低价值标准，您可能有资格获得保险费税额减免，以帮助您通过 Marketplace 支付一项计划的费用。

语言便利服务：

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。

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

关于这些保险案例：



这不是一份成本预算。展示的治疗方案只是为了举例说明该计划会如何承保医疗服务。您的实际费用将根据您获得的实际护理、您的医疗服务提供者的收费价格以及很多其他因素而有所不同。重点关注费用分摊金额（自负额、自付费用以及共同保险费用）和计划下排除在外的服务。使用该信息对您在不同健康计划中可能需要支付的费用部分进行比较。请注意这些保险案例都是基于仅针对参保人自己的保险。

Peg 要生孩子了 (9个月的网络内产前护理和一次医院分娩)		Joe 的 2 型糖尿病控制 (为期一年的网络内日常护理，针对控制良好的病情)		Mia 的单纯骨折 (网络内的急诊室就诊及后续护理)	
<ul style="list-style-type: none"> 该计划的整体自负额 \$5,500 专科医师 \$80 自付费用 医院（设施） 30% 共同保险费用 其他 30% 共同保险费用 		<ul style="list-style-type: none"> 该计划的整体自负额 \$5,500 专科医师 \$80 自付费用 医院（设施） 30% 共同保险费用 其他 30% 共同保险费用 		<ul style="list-style-type: none"> 该计划的整体自负额 \$5,500 专科医师 \$80 自付费用 医院（设施） 30% 共同保险费用 其他 30% 共同保险费用 	
<p>该案例事件包括下列服务：</p> <p>专科医师 诊室就诊（<i>产前护理</i>）</p> <p>生产/分娩专业服务</p> <p>生产/分娩设施服务</p> <p>诊断检查（<i>超声和验血</i>）</p> <p>专科医师就诊（<i>麻醉</i>）</p>		<p>该案例事件包括下列服务：</p> <p>初级保健医师诊室就诊（<i>包括疾病教育</i>）</p> <p>诊断检查（<i>验血</i>）</p> <p>处方药</p> <p>耐用医疗设备（<i>血糖仪</i>）</p>		<p>该案例事件包括下列服务：</p> <p>急诊室护理（<i>包括医疗用品</i>）</p> <p>诊断检查（<i>X光</i>）</p> <p>耐用医疗设备（<i>拐杖</i>）</p> <p>复健服务（<i>物理治疗</i>）</p>	
案例总费用	\$12,700	案例总费用	\$5,600	案例总费用	\$2,800
在该案例中，Peg 将会支付：		在该案例中，Joe 将会支付：		在该案例中，Mia 将会支付：	
<i>费用分摊</i>		<i>费用分摊</i>		<i>费用分摊</i>	
自负额	\$5500	自负额	\$900	自负额	\$2100
自付费用	\$25	自付费用	\$1315	自付费用	\$415
共同保险费用	\$2100	共同保险费用	\$0	共同保险费用	\$0
<i>未承保的项目</i>		<i>未承保的项目</i>		<i>未承保的项目</i>	
限制或特例	\$60	限制或特例	\$20	限制或特例	\$0
Peg 将会支付的总费用为	\$7,685	Joe 将会支付的总费用为	\$2,235	Mia 将会支付的总费用为	\$2,515

该计划将负担案例中承保的这些服务的其他费用。