
 福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 會顯示您和計劃將如何分攤承保醫療保健服務的費用。注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將單獨提供。這只是一份摘要。如需您的承保範圍的更多資訊，或獲取完整保險條款的副本，請致電 1-855-270-2327 或瀏覽我們的網站 lacare.org。有關常見術語的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險金、共付額、自付額、醫療服務提供者或其他以底線標示的術語，請參閱術語表。您可以瀏覽 healthcare.gov/sbc-glossary 查看術語表或致電 1-855-270-2327 索取副本。

重要問題	解答	此問題的重要性：
總自付額是多少？	個人 \$5,400 / 家庭 \$10,800。每個日曆年	一般來說，您必須在此計劃開始之前向醫療服務提供者支付所有費用，最高可達自付額。如果您的計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須達到自己的個人自付額，直到所有家庭成員支付的自付額總額達到整個家庭的自付額。
在您達到自付額之前是否有承保服務？	是的。家庭、醫師和專科醫生診室看診、預防保健以及其他不受自付額限制的服務。	即使您尚未達到自付額，該計劃仍承保一些項目和服務，但共付額或共同保險金可能適用。例如，該計劃承保某些預防性服務，無需分攤費用且在您達到自付額之前。請參閱承保的預防服務清單： https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits 。
具體服務有其他的自付額嗎？	是的。個人 \$150 / 家庭 \$300 用於處方藥承保範圍。	在本計劃開始支付這些服務之前，您必須支付這些服務的所有費用，直至達到特定的自付額。
該計劃的自付上限是多少？	個人 \$9,100 / 家庭 \$18,200。	自付上限是您一年內可以為承保服務支付的最高限額。如果您還有其他家庭成員參保此計劃，他們必須達到自己的自付上限，直到達到家庭的總自付上限。
什麼不包括在自付上限中？	保費、差額收費及本計劃不承保的醫療保健。	雖然您支付這些費用，但這些費用不計入自付上限中。
如果您使用網絡醫療服務提供者，您的費用會減少嗎？	是的。請參見 lacare 網站 lacare.org 或致電 1-855-270-2327 (TTY 711) 獲取網絡內提供者清單。	本計劃使用醫療服務提供者網絡。如果您使用計劃網絡內的參與醫療服務提供者，您將支付較少的金額。如果您使用非參與計劃的醫療服務提供者，您將支付最多的金額，並且您可能會收到醫療服務提供者的賬單，其中包含醫療服務提供者的費用與您的計劃支付的費用之間的差額（差額收費）。請注意，您的參與計劃的醫療服務提供者可能會使用非參與計劃的醫療服務提供者來提供某些服務（例如實驗室檢測）。在獲得服務之前請諮詢您的醫療服務提供者。
我需要轉診才能去看專科醫生嗎？	是的。	如果您在去看專科醫生之前有轉診，本計劃將會就承保服務給付專科醫生看診的部分或全部費用。

 此表中顯示的所有**共付額**和**共同保險金**費用都是在滿足您的**自付額**之后（如果有**自付額**）。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項			限制、例外情形和其他重要資訊
		印第安醫療保健服務提供者 (Indian Health Care Provider, IHCP) (您將支付最少的費用)	非 IHCP 參與計劃的醫療服務提供者	非 IHCP 網絡外服務提供者 (您將支付最多費用)	
如果您去一家醫療保健服務提供者的診室或診所就診	治療傷勢或疾病的基本保健護理就診	不收費	\$50 / 就診	不予承保	無
	專科醫生 看診	不收費	\$90 / 就診	不予承保	需經由 轉診 *
	預防保健/篩檢/免疫	不收費	不收費	不予承保	您可能需要為非 預防性 服務付費。詢問您的 醫療服務提供者 您所需的服務是否為預防性服務。然後檢查一下你的 計劃 將支付哪些費用。
如果您需要接受檢查	診斷檢查 (X 光造影、驗血)	不收費	\$50 / 測試 (用於實驗室測試)。 \$95 / 測試 (用於 X 射線診斷成像和超音波)。	不予承保	無
	造影 (CT / PET 掃描、MRI)	不收費	\$325 / 測試	不予承保	需要 預先授權 。*
如果您需用藥物來治療疾病或病症 如需更多關於 處方藥承保範圍 的資	第 1 級 - 大部分學名藥	不收費	零售 - \$19 / 處方 郵購 - \$38 / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天用藥量。

* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 lacare.org

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項			限制、例外情形和其他重要資訊
		印第安醫療保健服務提供者 (Indian Health Care Provider, IHCP) (您將支付最少的費用)	非 IHCP 參與計劃的醫療服務提供者	非 IHCP 網絡外服務提供者 (您將支付最多費用)	
訊，可瀏覽以下網址獲得： http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services	第 2 級 - 首選品牌藥	不收費	零售 - \$60 / 處方 郵購 - \$120 / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天用藥量。 藥房自付額適用*
	第 3 級 - 非首選品牌藥	不收費	零售 - \$90 / 處方 郵購 - \$180 / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天用藥量。 藥房自付額適用*
	第 4 級 - 專科藥物	不收費	20% 共同保險金 每個處方最高 \$250	不予承保	需要 預先授權 。不支持郵購。 藥房自付額適用*
如果您需要接受門診手術	機構費 (如門診手術中心)	不收費	30% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。*
	醫師 / 外科醫師費	不收費	30% 共同保險金	不予承保	無
	門診就診	不收費	30% 共同保險金	不予承保	無
如果您需要立即接受治療	急診室護理	不收費	\$450 不收取醫師費	\$450 不收取醫師費	如果入院，則免除 共付額 。
	急診醫療交通	不收費	\$250	\$250	無
	緊急護理	不收費	\$50 / 就診	\$50 / 就診	無
如果您需要住院	機構費 (如醫院病房)	不收費	30% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。 自付額 適用*
	醫師 / 外科醫師費	不收費	30% 共同保險金	不予承保	無

* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 lacare.org

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項			限制、例外情形和其他重要資訊
		印第安醫療保健服務提供者 (Indian Health Care Provider, IHCP) (您將支付最少的費用)	非 IHCP 參與計劃的醫療服務提供者	非 IHCP 網絡外服務提供者 (您將支付最多費用)	
如果您需要心理健康、行為健康或物質濫用服務	門診服務	不收費	\$50 / 診室就診 30% 共同保險 最高 \$50 (用於其他門診服務)	不予承保	心理測驗需取得 預先授權 。*
	住院服務	不收費	30% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。 自付額 適用*
如果您懷孕了	診室就診	不收費	不收費	不予承保	用於產前和孕前檢查
	生產/分娩專業服務	不收費	30% 共同保險金	不予承保	無
	生產/分娩設施服務	不收費	30% 共同保險金	不予承保	自付額 適用*
如果您需要協助康復或有其他特殊的健康需求	家庭健康保健	不收費	\$45 / 就診	不予承保	每名會員每個日曆年最多 100 次就診，由居家醫療保健機構提供者提供。需要 預先授權 。*
	復健服務	不收費	\$50 / 就診	不予承保	門診服務 需要 預先授權 。*
	復健服務	不收費	\$50 / 就診	不予承保	門診服務 需要 預先授權 。*
	專業護理	不收費	30% 共同保險金	不予承保	每名會員每個日曆年最多可享 100 天。需要 預先授權 。 自付額 適用*
	耐用醫療設備	不收費	20% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。*
	臨終關懷服務	不收費	不收費	不予承保	需要 預先授權 。*
如果您的孩子需要牙科或眼科保	兒童眼科檢查	不收費	不收費	不予承保	每個日曆年 1 次就診
	兒童眼鏡	不收費	不收費	不予承保	每年 1 副眼鏡 (或用隱形眼鏡)

* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 lacare.org

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項			限制、例外情形和其他重要資訊
		印第安醫療保健服務提供者 (Indian Health Care Provider, IHCP) (您將支付最少的費用)	非 IHCP 參與計劃的醫療服務提供者	非 IHCP 網絡外服務提供者 (您將支付最多費用)	
健					代替眼鏡)。
	兒童牙科檢查	不收費	不收費	不予承保	口腔檢查和預防性清潔僅限每 6 個月 1 次。 請參閱您的計劃文件，以瞭解有關服務的其他資訊。

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（查看您的保單或計劃文件以了解更多資訊以及任何其他除外服務的清單。）

- 脊椎矯正護理
- 不孕症治療
- 私人看護
- 整容手術
- 長期護理
- 例行眼科保健（成人）
- 牙科護理（成人）
- 在美國境外旅行時的非急救護理
- 減重方案
- 助聽器

其他承保服務（限制可能適用於這些服務。本文件並非完整清單。請參閱您的計劃文件。）

- 針灸
- 具有醫療必要性的常規足部護理
- 與墮胎有關的服務
- 減肥手術

您的續保權利：

如果您想在保險結束後續保，有一些機構可以幫助您。這些機構的聯繫資訊是：加州醫療保健管理部 **1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219)** 或 hmohelp.ca.gov；衛生及公共服務部 **1-877-267-2323 x61565** 或 www.cciio.cms.gov；Covered California **1 (800) 300-1506** 或 coveredca.com；或聯繫 L.A. Care Health Plan **1-855-270-2327**。我們每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）皆為您提供服務。您也可以選擇其他保險選項，包括透過 [醫療保險市場](#) 購買個人保險承保。如需有關市場的更多資訊，請瀏覽 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596。

您申訴和上訴的權利：如果您針對 [計劃](#) 的索賠遭到拒絕而提出投訴，有一些機構可以提供幫助。此投訴稱為 [申訴](#) 或 [上訴](#)。有關您的權利的更多資訊，請查看您將收到的醫療 [索賠](#) 的福利說明。您的 [計劃](#) 文件還提供了有關如何就您的 [計劃](#)（出於任何原因）提交索賠、上訴或申訴的完整資訊。有關聯繫您的權利、本通知或協助的更多資訊，請聯繫 L.A. Care 客戶服務部 **1-855-270-2327**。我們每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）皆為您提供服務。此外，您可以透過以下方式聯繫加州醫療保健管理部 (DMHC)：**1-888-466-2219** 或瀏覽 dmhc.ca.gov。

此計劃是否提供最低基本承保？ 是

[最低基本承保](#) 通常包括 [計劃](#)、透過 Covered California 或其他個人市場保單提供的 [醫療保險](#)、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 以及某些其他保險。如果您有資格獲得某些類型的 [最低基本承保](#)，則您可能沒有資格獲得 [保費稅收抵免](#)。

此計劃是否符合最低價值標準？ 是

如果您的 [計劃](#) 未達到 [最小值標準](#)，您可能沒有資格獲得 [保費稅收抵免](#) 以幫助您透過 Covered California 支付 [計劃](#) 費用

語言協助服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-270-2327**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-855-270-2327**

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-855-270-2327**

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-855-270-2327**

若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一節。

書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act, PRA) 披露聲明：根據 1995 年書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act of 1995) 的規定，除非文件上載有有效的預算管理局 (Office of Management and Budget, OMB) 管制編號，否則任何人皆無需對資訊蒐集的請求作出回覆。本資訊蒐集的有效 OMB 管制編號為 **0938-1146**。完成本資訊蒐集的所需時間預估為每次回覆平均 **0.08** 小時，其中包括檢視說明、搜尋現有資料來源、蒐集所需資料以及完成並檢查資訊蒐集的時間。如果您對上述預估時間的準確性有意見或是您有改善此表格的建議，請寫信至 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。所示的治療僅為該計劃如何承保醫療護理的範例。您的實際費用會有所不同，具體取決於您實際接受的護理服務、您醫療服務提供者收費的價格及許多其他因素。專注於計劃項下的分攤費用金額（自付額、共付額和共同保險金）和除外服務。使用此資訊比較您在不同健康計劃下可能支付的費用部分。請注意，這些承保範圍範例基於僅自付保險。

Peg 即將生產

（9 個月的網絡內產前護理和醫院分娩）

■ 計劃的總自付額	\$5,400
■ 專科醫生 [分攤費用]	\$90
■ 醫院（機構） [分攤費用]	30%
■ 其他 [分攤費用]	\$95

此範例事件包括以下服務：
[專科醫生](#) 診室就診（產前護理）
 生產/分娩專業服務
 生產/分娩機構服務
[診斷檢查](#)（超音波和驗血）
[專科醫生](#) 就診（麻醉）

總範例費用	\$12,700
在此範例中，Peg 將支付：	
<i>分攤費用</i>	
自付額	\$5,400
共付額	\$700
共同保險金	\$1,700
<i>未承保的內容</i>	
限額或除外項目	\$60
Peg 將支付的總費用為	\$7,860

管理 Joe 的 2 型糖尿病（一年的

常規網絡內護理，病情控制良好）

■ 計劃的總自付額	\$5,400
■ 專科醫生 [分攤費用]	\$90
■ 醫院（機構） [分攤費用]	30%
■ 其他 [分攤費用]	\$95

此範例事件包括以下服務：
[基本保健醫生](#) 診室就診（包括疾病教育）
[診斷檢查](#)（驗血）
[處方藥](#)
[耐用醫療設備](#)（血糖儀）

總範例費用	\$5,600
在此範例中，Joe 將支付：	
<i>分攤費用</i>	
自付額	\$150
共付額	\$1,600
共同保險金	\$200
<i>未承保的內容</i>	
限額或除外項目	\$20
Joe 將支付的總費用為	\$1,970

Mia 的簡單骨折

（網絡內急診室就診和追蹤護理）

■ 計劃的總自付額	\$5,400
■ 專科醫生 [分攤費用]	\$90
■ 醫院（機構） [分攤費用]	30%
■ 其他 [分攤費用]	\$95

此範例事件包括以下服務：
[急診室護理](#)（包括醫療用品）
[診斷檢查](#)（X 光造影）
[耐用醫療設備](#)（拐杖）
[康復服務](#)（物理治療）

總範例費用	\$2,800
在此範例中，Mia 將支付：	
<i>分攤費用</i>	
自付額	\$10
共付額	\$1,300
共同保險金	\$60
<i>未承保的內容</i>	
限額或除外項目	\$0
Mia 將支付的總費用為	\$1,370

計劃將負責這些範例承保服務的其他費用。