



这只是一份摘要。 如果您需要了解有关您的承保范围和费用的详情，请访问 www.ucop.edu/ucship/plan-documents/ 或拨打 1-866-940-8306 获取保单内的完整条款或计划文件。

重要问题	答案	为何重要：
总自付额是多少？	对于网络内和网络外医疗服务提供者：每人 300 美元或每个家庭 600 美元。 <u>自付额</u> 不适用于网络内预防性服务、医生诊室就诊、复健或康复、网络内和网络外的急救或紧急护理、医疗疏散、遣返或处方药。	您必须支付所有费用直至达到 <u>自付额</u> 金额，之后本计划才开始为您使用的承保服务支付费用。请查看您的保单或计划文件，了解 <u>自付额</u> 何时重新开始计算（通常为 1 月 1 日，但也可能有例外）。请参阅从第 2 页开始的图表，了解达到 <u>自付额</u> 后，您需支付的承保服务费用。
具体服务是否有其他的自付额？	是。小儿牙科：每人 60 美元或每个家庭 120 美元	您必须支付这些服务的所有费用直至达到特定的 <u>自付额</u> 金额，之后本计划才开始为这些服务支付费用。
在我支付的费用中是否有自费限额？	是。对于网络内医疗服务提供者：每人 3,000 美元或每个家庭 6,000 美元。对于网络外医疗服务提供者：每人 6,000 美元或每个家庭 12,000 美元。对于小儿牙科：每人 1,000 美元或每个家庭 2,000 美元。	<u>自费限额</u> 是您在保单期限内（通常为一年）为承保服务费用所支付的最高份额。此限额有助于您规划健康护理费用。
<u>自费限额</u> 不包括哪些项目？	保费、差额缴费费用及本计划不承保的医疗保健费用。	即便您支付这些费用，这些费用也不会计入 <u>自费限额</u> 中。
本计划支付额是否有总年度限制？	否。	从第 2 页开始的图表描述了本计划将为 <u>特定的</u> 承保服务（如诊所就诊）支付的所有限额。
本计划是否使用 <u>医疗服务提供者网络</u> ？	是。学生请联系 Student Health Services（学生健康服务处，SHS）。家属请拨打 866-940-8306，获取网络内医疗服务提供者名单。	如果您使用网络内医生或其他健康护理 <u>医疗服务提供者</u> ，本计划将支付承保服务的部分或全部费用。请注意，您的网络内医生或医院可能使用网络外 <u>医疗服务提供者</u> 进行一些服务。对于在 <u>其网络内</u> 的 <u>医疗服务提供者</u> ，各计划使用术语“网络内”、 <u>首选</u> 或“合约”。请参阅从第 2 页开始的图表，了解本计划如何支付不同类型的 <u>医疗服务提供者</u> 。

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

<p>我需要转诊才能去看专家吗？</p>	<p>是。学生请联系 Student Health Service (学生健康服务处, SHS)。家属请拨打 866-940-8306, 获取网络内医疗服务提供者名单。</p>	<p>本计划将就承保服务支付部分或全部专家就诊费用, 但前提条件是您在看专家前必须获得本计划的许可。</p>
<p>本计划是否有不承保的服务？</p>	<p>是。</p>	<p>本计划不承保的部分服务列于第 6 页。请查看您的保单或计划文件, 了解有关非承保服务的其他信息。</p>



- **共付额**是您为承保的健康护理所支付的固定金额 (如 15 美元), 通常在您接受服务时支付。
- **共同保险**是您为承保的服务费用分担的份额, 按服务**允许金额**的百分率计算。例如, 如果计划对住院一晚的**允许金额**是 1,000 美元, 那么您的 20% 的**共同保险**费用应是 200 美元。如果您尚未达到**自付额**要求, 则可能有变。
- 本计划为承保服务的付费以**允许金额**为根据。如果网络外**医疗服务提供者**收费超过**允许金额**, 您可能必须支付差额。例如, 如果网络外医院对住院一晚收取 1,500 美元的费用, 而**允许金额**是 1,000 美元, 则您可能必须支付 500 美元的差额。(这种情况称为**差额缴费**。)
- 本计划可能通过向您提供较低的**自付额**、**共付额**及**共同保险**, 鼓励您使用网络内**医疗服务提供者**。

普通医疗事件	您可能需要的服务	使用网络内医疗服务提供者时的费用	使用网络外医疗服务提供者时的费用	限制及例外情况
如果您去一家健康护理 医疗服务提供者 的诊所	治疗受伤或生病的初级护理就诊	在 SHS 就诊免费; 对于网络内医疗服务提供者每次就诊 25 美元共付额	40% 共同保险	对于网络内 医疗服务提供者 , 免 自付额 。
	专家就诊	在 SHS 就诊免费; 对于网络内医疗服务提供者每次就诊 25 美元共付额	40% 共同保险	对于网络内 医疗服务提供者 , 免 自付额 。
	其他执业医师的诊所就诊	脊椎指压治疗和针灸每次就诊 25 美元共付额	脊椎指压治疗和针灸 40% 共同保险	对于网络内 医疗服务提供者 , 免 自付额 。

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处, 请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

普通医疗事件	您可能需要的服务	使用网络内医疗服务提供者时的费用	使用网络外医疗服务提供者时的费用	限制及例外情况
	预防性护理 / 筛查 / 免疫	免费	40% 共同保险	对于网络内 <u>医疗服务提供者</u> ，免自付额。
如果您要做检查	诊断测试 (X 光、验血)	在 SHS 免费；对于网络内医疗服务提供者 15% 共同保险	40% 共同保险	----- 无 -----
	成像 (CT / PET 扫描、MRI)	对于网络内医疗服务提供者 15% 共同保险	40% 共同保险	费用可能因服务地点而异。您应参阅您的保单或计划文件了解详情。
如果您需用药物来治疗疾病或病症有关 <u>处方药承保范围</u> 的更多信息，请访问 www.ucop.edu/ucship/plan-documents/	通用名药	在 SHS 每单处方 5 美元共付额；在零售药店每单处方 10 美元共付额	每单处方 10 美元共付额，另加任何超出允许金额的部分	承保最多 30 天供药。不受 <u>自付额</u> 的限制。网络内药店与 OptumRx 已签约。
	首选品牌药	在 SHS 每单处方 25 美元共付额；在零售药店每单处方 40 美元共付额	每单处方 40 美元共付额，另加任何超出允许金额的部分	
	非首选品牌药	在 SHS 每单处方 40 美元共付额；在零售药店每单处方 60 美元共付额	每单处方 60 美元共付额，另加任何超出允许金额的部分	
	特殊药	在 SHS 每单处方 60 美元共付额；在零售药店每单处方 80 美元共付额	每单处方 80 美元共付额，另加任何超出允许金额的部分	
如果您要做门诊手术	设施费 (如流动手术中心)	15% 共同保险	40% 共同保险	某些手术需要接受利用情况审查。非医疗必需的服务不予承保。

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

普通医疗事件	您可能需要的服务	使用网络内医疗服务提供者时的费用	使用网络外医疗服务提供者时的费用	限制及例外情况
	医师 / 外科医生费	15% 共同保险	40% 共同保险	----- 无 -----
如果您需要紧急医护	急诊室服务	每次就诊 125 美元共付额	每次就诊 125 美元共付额	如果入院则免缴共付额；对于网络内和网络外的 <u>医疗服务提供者</u> ，免自付额。对于网络外 <u>医疗服务提供者</u> ，会员可能需要支付任何超出 <u>允许金额</u> 的费用。
	紧急医疗运送	15% 共同保险	15% 共同保险	空运救护车免费。
	紧急护理	每次就诊 25 美元共付额	40% 共同保险	对于网络内 <u>医疗服务提供者</u> ，免自付额。您应参阅您的保单或计划文件了解详情。
如果您要住院	设施费（如医院病房）	15% 共同保险	每次就诊 500 美元共付额，另加 40% 共同保险	所有设施的住院及某些门诊服务需要接受利用情况审查（紧急入院情况除外）。非医疗必需的服务不予承保。对于非签约医院提供的服务和用品，最大 <u>允许金额</u> 减少 25%。
	医师 / 外科医生费	15% 共同保险	40% 共同保险	----- 无 -----
如果您因精神健康、行为健康或滥用药物需要治疗	精神 / 行为健康门诊服务	诊所就诊： 每次就诊 20 美元共付额 设施费： 15% 共同保险	诊所就诊： 40% 共同保险 设施费： 40% 共同保险	----- 无 -----
	精神 / 行为健康住院服务	15% 共同保险	40% 共同保险	这只是设施专业服务费。请参考您的住院情况了解设施费。

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

普通医疗事件	您可能需要的服务	使用网络内医疗服务提供者时的费用	使用网络外医疗服务提供者时的费用	限制及例外情况
	药物滥用失常门诊服务	诊所就诊： 每次就诊 20 美元 共付额 设施费： 15% 共同保险	诊所就诊： 40% 共同保险 设施费： 40% 共同保险	----- 无 -----
	药物滥用失常住院服务	15% 共同保险	40% 共同保险	这只是设施专业服务费。请参考您的住院情况了解设施费。
如果您怀孕	产前及产后护理	每次就诊 25 美元 共付额	40% 共同保险	共付额仅适用于首次就诊；此后无需承担费用。对于网络内 <u>医疗服务提供者</u> ，免自付额。
	分娩及所有住院服务	15% 共同保险	每次就诊 500 美元共付额，另加 40% 共同保险	顺产超过 48 小时或剖腹产超过 96 小时的住院服务需要接受利用情况审查（紧急入院情况除外）。非医疗必需的服务不予承保。
如果您需要协助进行康复或有其他特殊的健康需求	家庭保健护理	0% 共同保险	40% 共同保险	需要接受利用情况审查。非医疗必需的服务不予承保。
	复健服务	每次就诊 25 美元共付额	40% 共同保险	----- 无 -----
	康复服务	每次就诊 25 美元共付额	40% 共同保险	----- 无 -----

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

普通医疗事件	您可能需要的服务	使用网络内医疗服务提供者时的费用	使用网络外医疗服务提供者时的费用	限制及例外情况
	专业看护护理	15% 共同保险	40% 共同保险	需要接受利用情况审查。非医疗必需的服务不予承保。
	耐用医疗设备	15% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
	善终服务	15% 共同保险	40% 共同保险	-----无-----
如果您的孩子需要牙科或眼科护理	眼睛检查	免费	每次就诊 0 美元共付额	对于网络外 <u>医疗服务提供者</u> ，每年 30 美元补贴。
	眼镜	免费	每副眼镜 0 美元共付额	对于网络外 <u>医疗服务提供者</u> ，每年眼镜框补贴 45 美元，镜片补贴 25 美元。
	牙齿检查	免费	免费	对于诊断和预防性服务，免 <u>自付额</u> 。

非承保服务及其他承保服务：

您的计划不承保的服务（这份清单并不完整。请查看您的保单或计划文件，了解其他非承保服务。）

- 整形手术
- 长期护理
- 例行足部护理（除非您被诊断患有糖尿病）
- 牙齿护理（成人）
- 私人护理
- 减肥计划
- 不育症治疗
- 例行眼科护理（成人）

其他承保服务（这份清单并不完整。请检查您的保单或计划文件，了解更多承保服务及您接受这些服务的费用。）

- 针灸
- 脊椎按摩疗法
- 在美国境外旅行时的非紧急护理
- 减肥手术（针对病态肥胖。请查阅您的保单或计划文件）
- 助听器（上限为每个耳朵每四年一只助听器）

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

您的申诉及上诉权利：

如果您有抱怨或对您的计划拒绝赔付要求感到不满意，可以呈递上诉或申诉。如果您对您的权利、本公告或协助有问题，可联络：

Anthem Blue Cross
ATTN: Appeals or Grievance
P. O. Box 4310
Woodland Hills, CA 91367

此项保险是否提供最低基本承保？

《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 规定大多数人必须拥有符合“最低基本承保”的医疗保险。本计划或保单确实提供最低基本承保。

此项保险是否满足最低价值标准？

《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 就健康计划福利制定了最低价值标准。最低价值标准是 60%（精算价值）。此项健康保险确实满足其所提供之福利的最低价值标准。

语言协助服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 866-940-8306.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 866-940-8306.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 866-940-8306。

Navajo (Dine): Dinek' ehgo shika at' ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 866-940-8306.

----- 若要查看本计划可能为示例病情的费用承保的范例，请参阅下一页。 -----

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

关于这些承保范例：

这些范例显示本计划在给定情况下可能承保医疗护理的方式。利用这些范例可以了解，在通常情况下，如果一个示例病患有不同的计划承保，可能获得多少财务保护。



这不是一份费用估计表。

不要用这些范例来估计您在本计划内的实际费用。您接受的实际护理将不同于这些范例，而且护理的费用也会有所不同。

请参阅下一页了解关于这些范例的重要信息。

生孩子 (正常分娩)

所欠医疗服务提供者的金额：7,540 美元
 计划支付：6,450 美元
 病患支付：1,090 美元

示例护理费用：

医院收费（母亲）	2,700 美元
例行产科护理	2,100 美元
医院收费（婴儿）	900 美元
麻醉	900 美元
实验室测试	500 美元
处方药物	200 美元
放射治疗	200 美元
疫苗、其他预防性服务	40 美元
总计	7,540 美元

病患支付：

自付额	300 美元
共付额	90 美元
共同保险	700 美元
限制或非承保服务	0 美元
总计	1,090 美元

管理 2 型糖尿病 (良好控制情况下的例行护理)

所欠医疗服务提供者的金额：5,400 美元
 计划支付：4,700 美元
 病患支付：700 美元

示例护理费用：

处方药物	2,900 美元
医疗设备和用品	1,300 美元
诊所就诊及治疗	700 美元
教育	300 美元
实验室测试	100 美元
疫苗、其他预防性服务	100 美元
总计	5,400 美元

病患支付：

自付额	300 美元
共付额	200 美元
共同保险	200 美元
限制或非承保服务	0 美元
总计	700 美元

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。

关于承保范例的问答：

承保范例基于哪些假设？

- 费用不包括**保费**。
- 示例护理费用的依据是美国卫生及人类服务部（HHS）提供的全国平均值，不具体针对某个特定地区或健康计划。
- 病患的病症不是非承保或承保前病症。
- 所有服务和治疗都在同一个承保期限内开始和结束。
- 本计划承保的任何会员都没有任何其他医疗费用。
- 自费金额只基于治疗范例中的病症。
- 病患接受的所有护理都由网络内**医疗服务提供者**提供。如果病患接受了网络外**医疗服务提供者**的护理，费用可能会更高。

承保范例显示了什么？

针对每种治疗情况，承保范例有助于您了解**自付额**、**共付额**及**共同保险**加起来可能达到的总额。还有助于您了解，因涉及的服务或治疗未承保或有限制，您可能要支付多少剩余的费用。

承保范例是否可以预测我本人的护理需求？

否。所显示的各种治疗只是范例。依据您的医生建议、您的年龄、您的病症严重程度及许多其他因素，您因这种病症需要接受的护理可能有所不同。

承保范例是否可以预测我将来的花费？

否。承保范例**不是**费用估计表。您不能利用这些范例来估计实际病症的费用。这些范例仅用于比较目的。您本人的费用会有所不同，具体取决于您接受的护理、您的**医疗服务提供者**的收费价格及您的健康计划允许的偿付额。

我是否可以利用承保范例来比较各种计划？

是。当您查看其他计划的福利和承保范围摘要时，您会发现同样的承保范例。在您比较各种计划时，请检查每个范例的“病患支付”栏。该数字愈小，健康计划提供的承保金额愈大。

在比较各种计划时，是否有我应该考虑的其他费用？

是。一项重要的费用是您支付的**保费**。一般而言，**保费**愈低，您将要支付的自费金额愈多，如**共付额**、**自付额**及**共同保险**。您还应该考虑为其他帐户的供款，如帮助您支付自费金额的医疗储蓄帐户（HSA）、弹性支出帐户（FSA）或健康给付帐户（HRA）。

若有问题：请拨打 1-866-940-8306 或访问 www.ucop.edu/ucship。

如果您对本表格中任何带下划线的术语有不清楚之处，请参阅术语表。您可以查看 <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> 上的术语表或拨打 1-866-940-8306 索取一份。