

**Tóm tắt Phúc lợi và Bảo hiểm:** Chương trình bảo hiểm này Bao trả Những gì &

Các chi phí Quý vị phải Thanh toán cho Dịch vụ được Bảo hiểm

**Valley Health Plan: Gold 80 HMO**

**Thời hạn Bảo hiểm: 01/01/2020 – 31/12/2020**

**Bảo hiểm cho:** Cá nhân/Gia đình | **Loại Chương trình bảo hiểm:** HMO



**Tài liệu Tóm tắt Phúc lợi và Bảo hiểm (SBC) sẽ giúp quý vị chọn chương trình bảo hiểm y tế. SBC cho biết cách quý vị và chương trình bảo hiểm chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm như thế nào. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình bảo hiểm này (gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hoặc để nhận một bản sao về các điều khoản bảo hiểm đầy đủ, hãy truy cập [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) hoặc gọi 1-888-421-8444. Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ thường gặp, như số tiền được phép, chênh lệch hóa đơn, đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, khoản khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch chân khác, hãy xem Bảng thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bảng thuật ngữ tại <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform> hoặc gọi 1-888-421-8444.**

Câu hỏi Quan trọng	Trả lời	Tại sao Vấn đề Này lại Quan trọng:
<b><u>Khoản khấu trừ chung là gì?</u></b>	\$0	Xem bảng Vấn đề Y khoa Thông thường bên dưới để biết chi phí cho các dịch vụ mà chương trình <u>bảo hiểm</u> này bao trả.
<b><u>Có dịch vụ nào được bao trả trước khi quý vị đạt <u>khoản khấu trừ</u> không?</u></b>	Đúng vậy.	Chương trình <u>bảo hiểm</u> này không có <u>khoản khấu trừ</u> . Xem bảng bắt đầu trên trang 2 để biết những chi phí khác cho các dịch vụ mà chương trình <u>bảo hiểm</u> này bao trả.
<b><u>Có <u>khoản khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?</u></b>	Không.	Không có <u>khoản khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể. Xem bảng bắt đầu trên trang 2 để biết những chi phí khác cho các dịch vụ mà chương trình <u>bảo hiểm</u> này bao trả.
<b><u>Hạn mức tự thanh toán cho chương trình <u>bảo hiểm</u> này là bao nhiêu?</u></b>	Đối với <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> \$7.800/người hoặc \$15.600/gia đình	<u>Hạn mức tự thanh toán</u> là số tiền cao nhất quý vị có thể trả trong một năm cho các dịch vụ được bảo hiểm. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình <u>bảo hiểm</u> này, thì họ phải đáp ứng <u>hạn mức tự thanh toán</u> của mình cho đến khi đạt tổng số tiền <u>hạn mức tự thanh toán</u> cho cả gia đình.
<b><u>Hạng mục nào không bao gồm trong <u>hạn mức tự thanh toán</u>?</u></b>	Những khoản <u>đồng thanh toán</u> cho các dịch vụ cụ thể, <u>phí bảo hiểm</u> , chi phí <u>chênh lệch hóa đơn</u> và chăm sóc sức khỏe mà chương trình <u>bảo hiểm</u> này không bao trả.	Mặc dù quý vị thanh toán những chi phí này, nhưng không tính vào <u>hạn mức tự thanh toán</u> .

<p><b>Quý vị sẽ thanh toán ít hơn nếu sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u>?</b></p>	<p>Đúng vậy. Xem <a href="#">Valley Health Plan Provider Search</a> (Tìm kiếm Nhà cung cấp Valley Health Plan) hoặc gọi 1-888-421-8444 để biết danh sách các <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u>.</p>	<p>Chương trình <u>bảo hiểm</u> này sử dụng <u>mạng lưới</u> nhà cung cấp. Quý vị sẽ thanh toán ít hơn nếu sử dụng nhà cung cấp trong <u>mạng lưới</u> của chương trình <u>bảo hiểm</u>. Quý vị sẽ phải thanh toán nhiều nhất nếu sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và có thể nhận hóa đơn từ <u>nhà cung cấp</u> cho các khoản chênh lệch chi phí giữa chi phí của các nhà cung cấp và số tiền mà chương trình <u>bảo hiểm</u> của quý vị thanh toán (<u>chênh lệch hóa đơn</u>). Lưu ý: <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng một số dịch vụ của <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> (như xét nghiệm). Hãy tham vấn <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi sử dụng dịch vụ.</p>
<p><b>Tôi có cần <u>thư giới thiệu</u> để đến khám <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?</b></p>	<p>Có.</p>	<p>Cần phải có thư giới thiệu để đến khám <u>bác sĩ chuyên khoa</u> đối với các dịch vụ được bao trả, ngoại trừ thư tự giới thiệu đến OB/GYN của chương trình <u>Bảo hiểm</u>.</p>

Mã số Kiểm soát OMB 1545-2229, 1210-0147 và 0938-1146  
Ban hành vào ngày 6/4/2016



Tất cả các chi phí **đồng thanh toán** và **đồng bảo hiểm** được thể hiện trong bảng này là sau khi quý vị đã đạt **khoản khấu trừ** của mình, nếu có áp dụng **khoản khấu trừ**. Theo luật tiểu bang thì mức chia sẻ chi phí của hội viên cho các thuốc chống ung thư không được vượt quá \$250 mỗi tháng.

Vấn đề Y khoa Thông thường	Dịch vụ Quý vị Có thể Cần	Các chi phí Quý vị phải Thanh toán		Các Giới hạn, Ngoại lệ & Thông tin Quan trọng Khác
		Nhà cung cấp trong Mạng lưới (Quý vị sẽ thanh toán ít nhất)	Nhà cung cấp Ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ thanh toán nhiều nhất)	
Nếu quý vị đến khám tại phòng khám của <b>nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</b> hoặc y viện	Khám chăm sóc ban đầu để điều trị tổn thương hoặc bệnh	\$30/lần	Không bao trả	Không có
	Khám <b>bác sĩ chuyên khoa</b>	\$65/lần	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	<b>Chăm sóc phòng ngừa/tầm soát/</b> chủng ngừa	Miễn phí	Không bao trả	Không có
Nếu quý vị làm xét nghiệm	<b>Xét nghiệm chẩn đoán</b> (X-quang, xét nghiệm máu)	Xét nghiệm – \$40ần X-Quang – \$75/lần	Không bao trả	Không có
	Chụp ảnh (chụp CT/PET, MRI)	\$275/lần	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh hoặc tình trạng của mình Thông tin khác về <b>bảo hiểm thuốc kê toa</b> sẵn có tại <a href="#">Valley Health Plan Prescription Drug Coverage</a> (Bảo hiểm Thuốc Kê toa Valley Health Plan)	Thuốc phổ thông (Bậc 1)	\$15 <b>đồng thanh toán/toa thuốc</b>	Không bao trả	Những toa thuốc mua tại Nhà thuốc <b>Ngoài mạng lưới</b> sẽ được bao trả nếu liên quan đến chăm sóc y tế cấp cứu hoặc cần chăm sóc khẩn cấp. Nếu toa thuốc của quý vị không được liệt kê trong dược thư, thì cần phải có giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	Các thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	\$55 <b>đồng thanh toán/toa thuốc</b>	Không bao trả	
	Các thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 3)	\$80 <b>đồng thanh toán/toa thuốc</b>	Không bao trả	
	<b>Các thuốc đặc trị</b> (Bậc 4)	20% <b>đến tối đa \$250/toa thuốc</b>	Không bao trả	<b>Bán lẻ:</b> 1 đồng thanh toán = thuốc dùng tối đa 30 ngày đối với bậc 1-4 <b>Đặt hàng qua bưu điện:</b> 2 đồng thanh toán = thuốc dùng từ 61 đến 90 ngày đối với bậc 1-3

**Tóm tắt Phúc lợi và Bảo hiểm:** Chương trình bảo hiểm này Bao trả Những gì &

Các chi phí Quý vị phải Thanh toán cho Dịch vụ được Bảo hiểm

**Thời hạn Bảo hiểm: 01/01/2019 – 31/12/2019**

**Valley Health Plan: Gold 80 HMO**

**Bảo hiểm cho:** Cá nhân/Gia đình | **Loại Chương trình bảo hiểm:** HMO

<b>Nếu quý vị cần phẫu thuật ngoại trú</b>	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật lưu động)	\$300/lần	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	Phí bác sĩ/nhà phẫu thuật	\$40/lần	Không bao trả	
<b>Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay</b>	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu (miễn nếu nhập viện)</u>	Cơ sở - \$350 lần	Cơ sở-\$325/lần	Không có
		Bác sĩ - Miễn phí	Bác sĩ-Miễn phí	
	<u>Vận chuyển y tế cấp cứu</u>	\$250/lần vận chuyển	\$250/lần vận chuyển	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$30/lần	\$30/lần	Được bao trả <u>chăm sóc khẩn cấp</u> từ <u>nhà cung cấp</u> không tham gia mạng lưới khi ở ngoài khu vực dịch vụ. Cần giấy ủy quyền trước đối với <u>chăm sóc khẩn cấp</u> từ <u>nhà cung cấp</u> không tham gia mạng lưới khi ở trong khu vực dịch vụ. Có thể tốn phí nếu không có ủy quyền trước đối với <u>chăm sóc khẩn cấp</u> từ <u>nhà cung cấp</u> không tham gia mạng lưới khi ở trong khu vực dịch vụ.
<b>Nếu quý vị cần nhập viện</b>	Phí cơ sở (ví dụ: phòng tại bệnh viện)	\$600/ ngày đến 5 ngày	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	Phí bác sĩ/nhà phẫu thuật	Miễn phí	Không bao trả	
<b>Nếu quý vị cần dịch vụ khám sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng ma túy</b>	Các dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú	\$30/lần	Không bao trả	Có thể cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	Các dịch vụ cho bệnh nhân nội trú	Cơ sở - \$600/ngày đến 5 ngày Bác sĩ - Miễn phí	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
<b>Nếu quý vị mang thai</b>	Khám tại phòng khám	Miễn phí	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	Dịch vụ chuyên khoa sản/sinh đẻ	Miễn phí	Không bao trả	
	Dịch vụ cơ sở sản khoa/sinh đẻ	\$600/ ngày đến 5 ngày	Không bao trả	

<b>Nếu quý vị cần giúp đỡ phục hồi hoặc có nhu cầu y tế đặc biệt khác</b>	<u>Chăm sóc sức khỏe tại nhà</u>	\$30/lần	Không bao trả	100 lần/năm. Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	<u>Các dịch vụ Phục hồi chức năng</u>	\$30/lần	Không bao trả	Bao gồm vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu và hoạt động trị liệu. Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	<u>Các dịch vụ huấn luyện chức năng</u>	\$30/lần	Không bao trả	100 lần/năm theo lịch. Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	<u>Chăm sóc điều dưỡng lành nghề</u>	\$300/ ngày đến 5 ngày	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	<u>Thiết bị y tế lâu bền</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	<u>Dịch vụ chăm sóc bệnh giai đoạn cuối</u>	Miễn phí	Không bao trả	Không có
<b>Nếu con quý vị cần chăm sóc răng hoặc mắt</b>	Khám mắt trẻ em	Miễn phí	Không bao trả	Giới hạn bao trả một lần khám mắt mỗi năm.
	Kính mắt trẻ em	Miễn phí	Không bao trả	Giới hạn bao trả một cặp kính mỗi năm (hoặc kính sát trùng thay thế).
	Khám răng trẻ em	Miễn phí	Không bao trả	Không có

#### Dịch vụ bị Loại trừ & các Dịch vụ được Bao trả Khác:

<b>Các Dịch vụ mà Chương trình <u>Bảo hiểm</u> của Quý vị Thường KHÔNG Bao trả (Tham khảo hợp đồng hoặc hồ sơ <u>bảo hiểm</u> của quý vị để biết thêm thông tin và danh mục các dịch vụ bị loại trừ khác).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chăm sóc nắn xương khớp</li> <li>Phẫu thuật thẩm mỹ</li> <li>Chăm sóc răng (Người lớn)</li> <li>Máy trợ thính</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Điều trị vô sinh</li> <li>Chăm sóc lâu dài</li> <li>Chăm sóc không cấp cứu khi ở ngoài Hoa Kỳ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tư vấn Dinh dưỡng</li> <li>Điều dưỡng cá nhân</li> <li>Khám Mắt Thường quy (Người lớn)</li> <li>Những chương trình giảm cân</li> </ul>
<b>Các Dịch vụ được Bao trả Khác (Có thể áp dụng giới hạn cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng tham khảo hồ sơ <u>bảo hiểm</u> của quý vị).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nạo thai</li> <li>Châm cứu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phẫu thuật dưới áp suất thấp</li> <li>Chăm sóc chân thông thường có giới hạn</li> </ul>	

**Quyền được Tiếp tục Bảo hiểm của Quý vị:** Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi chấm dứt. Thông tin liên lạc cho những cơ quan này là: California, HHS, DOL và/hoặc gọi bảo hiểm tiểu bang của quý vị theo số 1-

800-927-HELP (4357). Cũng có thể có các lựa chọn bảo hiểm khác cho quý vị, bao gồm mua bảo hiểm cá nhân qua [Thị trường Bảo hiểm Y tế](#). Để biết thêm thông tin về [Thị trường](#) này, hãy truy cập [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) hoặc gọi 1-800-318-2596.

**Quyền Khiếu nại và Kháng nghị của Quý vị:** Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị muốn khiếu nại về việc chương trình bảo hiểm từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Đây được gọi là khiếu nại hoặc kháng nghị. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem giải thích về phúc lợi mà quý vị sẽ nhận cho yêu cầu bảo hiểm y tế đó. Hồ sơ bảo hiểm của quý vị cũng có đầy đủ thông tin để nộp yêu cầu bảo hiểm, kháng nghị hoặc khiếu nại vì bất kỳ lý do nào với chương trình bảo hiểm của quý vị. Để biết thêm thông tin về quyền của mình, thông báo này hoặc hỗ trợ, hãy liên lạc với: Đường dây Trợ giúp Khách hàng của Bộ Chăm sóc Sức khỏe có Điều quản (DMHC) theo số 1-888-466-2219.

**Chương trình bảo hiểm này có cung cấp Bảo hiểm Cơ bản Tối thiểu không? Có.**

Nếu không có Bảo hiểm Cơ bản Tối thiểu trong một tháng, quý vị sẽ phải thanh toán khi nộp tờ khai thuế trừ khi đủ tiêu chuẩn được miễn yêu cầu cần có bảo hiểm y tế cho tháng đó.

**Chương trình bảo hiểm này có đạt Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu không? Có.**

Nếu chương trình bảo hiểm của quý vị không đạt Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu, thì quý vị có thể đủ điều kiện cho tín dụng thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị thanh toán cho chương trình bảo hiểm qua [Thị trường](#).

**Dịch vụ Tiếp cận Ngôn ngữ:**

Tiếng Tây Ban Nha (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-421-8444.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-421-8444.

Vietnamese (Tiếng Việt): Để có được sự hỗ trợ tiếng Việt, gọi 1-888-421-8444.

*Xem các ví dụ về cách chương trình bảo hiểm này có thể bao trả các chi phí cho một trường hợp y khoa mẫu ở phần tiếp theo.*



## Thông tin về các Ví dụ Bảo hiểm này:



**Đây không phải là bảng ước tính chi phí.** Những loại điều trị thể hiện ở đây chỉ là ví dụ về cách chương trình bảo hiểm này có thể bao trả cho chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy theo dịch vụ chăm sóc sức khỏe thực tế mà quý vị nhận, giá của nhà cung cấp cũng như nhiều yếu tố khác. Hãy tập trung vào số tiền chia sẻ chi phí (khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm) và các dịch vụ bị loại trừ theo chương trình bảo hiểm này. Sử dụng thông tin này để so sánh các phần chi phí mà quý vị có thể phải thanh toán theo các chương trình bảo hiểm y tế khác nhau. Nên nhớ rằng những ví dụ bảo hiểm này là dựa trên bảo hiểm cá nhân.

### Peg sắp Có Con

(9 tháng chăm sóc tiền sinh và sinh con tại bệnh viện trong mạng lưới)

- Khoản khấu trừ chung của chương trình bảo hiểm \$0
- Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa \$55
- Đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở) \$600/ngày
- Đồng bảo hiểm khác 20%

**VÍ DỤ** này bao gồm các dịch vụ như:

Khám tại phòng khám bác sĩ chuyên khoa (*chăm sóc tiền sinh*)  
 Dịch vụ Chuyên khoa Sản/Sinh đẻ  
 Dịch vụ Cơ sở Sản khoa/Sinh đẻ  
 Các xét nghiệm chẩn đoán (*siêu âm và xét nghiệm máu*)  
 Khám bác sĩ chuyên khoa (*gây mê*)

<b>Tổng Chi phí cho Ví dụ này</b>	<b>\$12.800</b>
-----------------------------------	-----------------

Trong ví dụ này, Peg phải thanh toán:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ	\$0
Đồng thanh toán	\$1.480
Đồng bảo hiểm	\$0
<i>Những khoản không được bảo hiểm</i>	
Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$60
<b>Tổng cộng Peg phải thanh toán</b>	<b>\$1.540</b>

### Quản lý Bệnh tiểu đường loại 2 của Joe

(một năm chăm sóc thông thường trong mạng lưới có điều kiện tốt)

- Khoản khấu trừ chung của chương trình bảo hiểm \$0
- Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa \$55
- Đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở) \$600/ngày
- Đồng bảo hiểm khác 20%

**VÍ DỤ** này bao gồm các dịch vụ như:

Khám tại phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (*bao gồm giáo dục về chăm sóc bệnh*)  
 Các xét nghiệm chẩn đoán (*xét nghiệm máu*)  
 Thuốc kê toa  
 Thiết bị y tế lâu bền (*máy đo đường huyết*)

<b>Tổng Chi phí cho Ví dụ này</b>	<b>\$7.400</b>
-----------------------------------	----------------

Trong ví dụ này, Joe phải thanh toán:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ*	\$0
Đồng thanh toán	\$2.190
Đồng bảo hiểm	\$360
<i>Những khoản không được bảo hiểm</i>	
Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$60
<b>Tổng cộng Joe phải thanh toán</b>	<b>\$2.600</b>

### Trường hợp Gãy xương Đơn giản của Mia

(khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- Khoản khấu trừ chung của chương trình bảo hiểm \$0
- Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa \$55
- Đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở) \$600/ngày
- Đồng bảo hiểm khác 20%

**VÍ DỤ** này bao gồm các dịch vụ như:

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (*bao gồm tiếp liệu y tế*)  
 Xét nghiệm chẩn đoán (*X-quang*)  
 Thiết bị y tế lâu bền (*nạng*)  
 Dịch vụ phục hồi chức năng (*vật lý trị liệu*)

<b>Tổng Chi phí cho Ví dụ này</b>	<b>\$1.990</b>
-----------------------------------	----------------

Trong ví dụ này, Mia phải thanh toán:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ*	\$0
Đồng thanh toán	\$1.440
Đồng bảo hiểm	\$10
<i>Những khoản không được bảo hiểm</i>	
Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$0
<b>Tổng số tiền Mia phải thanh toán:</b>	<b>\$1.450</b>