


**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: 01/01/2021 – 12/31/2021**

**Valley Health Plan: Bronze 60 HMO**

**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>	\$6.300/người hoặc \$12.600/gia đình	Thông thường, quý vị phải trả toàn bộ chi phí từ các nhà cung cấp cho đến khi đạt số tiền khấu trừ thì chương trình bảo hiểm này mới bắt đầu thanh toán. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình bảo hiểm, thì mỗi thành viên gia đình đều phải đạt khoản khấu trừ của mình cho đến khi tất cả thành viên gia đình thanh toán tiền khấu trừ đạt đến mức tổng số tiền khấu trừ cho cả gia đình.
<b><u>Có dịch vụ nào được bao trả trước khi quý vị đạt <u>khoản khấu trừ</u> không?</u></b>	Có. Các dịch vụ bao gồm nhưng không giới hạn: Chăm sóc phòng ngừa, Tiền sinh và trước thụ thai.	Chương trình <b>bảo hiểm</b> này bao trả một số hạng mục và dịch vụ mặc dù quý vị chưa đạt số tiền <b>khấu trừ</b> . Xem bảng bắt đầu trên trang 2 trình bày các dịch vụ có hoặc không có khoản khấu trừ. Khoản <b>đồng thanh toán</b> hoặc <b>đồng bảo hiểm</b> có thể áp dụng. Ví dụ: chương trình <b>bảo hiểm</b> này bao trả một số loại dịch vụ <b>phòng ngừa</b> cụ thể mà không có <b>chia sẻ chi phí</b> và trước khi quý vị đạt <b>khoản khấu trừ</b> . Xem danh mục các dịch vụ <b>phòng ngừa</b> được bao trả tại <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . Bao gồm yêu cầu chăm sóc <b>phòng ngừa</b> ACA <a href="http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx">http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx</a>
<b><u>Có <u>khoản khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?</u></b>	Có. <b>Bảo hiểm thuốc kê toa</b> \$500/người hoặc \$1.000/gia đình	Quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ này cho đến khi đạt số tiền <b>khấu trừ</b> cụ thể thì chương trình <b>bảo hiểm</b> này mới bắt đầu thanh toán cho các dịch vụ này. Bất kỳ số tiền nào quý vị trả cho các dịch vụ được bảo hiểm phải chịu <b>khấu trừ</b> áp dụng đối với chi phí tự trả tối đa hàng năm của quý vị.
<b><u>Hạn mức tự thanh toán cho chương trình <u>bảo hiểm</u> này là bao nhiêu?</u></b>	Đối với <b>nhà cung cấp trong mạng lưới</b> \$8.200/người hoặc \$16.400/gia đình	<b>Hạn mức tự thanh toán</b> 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 <b>bảo hiểm</b> này, thì họ phải đáp ứng <b>hạn mức tự thanh toán</b> của mình cho đến khi đạt tổng số tiền <b>hạn mức tự thanh toán</b> cho cả gia đình. Tiền đồng trả và số tiền <b>đồng bảo hiểm</b> quý vị trả cho các dịch vụ được bảo hiểm áp dụng đối với chi phí tự trả tối đa hàng năm của quý vị.

<p><b>Hạng mục nào không bao gồm trong <u>hạn mức tự thanh toán</u>?</b></p>	<p>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.</p>	<p>Mặc dù quý vị thanh toán những chi phí này, nhưng không tính vào <u>hạn mức tự thanh toán</u>.</p>
<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 nhà cung cấp</u>. 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>

(DT - Số kiểm soát OMB: 1545-0047/Ngày Hết hạn: 31/12/2019)(DOL - OMB Số kiểm soát OMB: 1210-0147/Ngày hết hạn: 31/05/2022)  
(HHS - Số kiểm soát OMB: 0938-1146/Ngày hết hạn: 31/10/2022)

[\* Để biết thêm thông tin về các giới hạn và ngoại lệ, hãy xem chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm tại [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). ]



- 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.
- Sức khỏe từ xa là các quyền lợi được bảo hiểm. Khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ sức khỏe từ xa không vượt quá khoản chia sẻ chi phí được tính cho các dịch vụ tương tự được cung cấp trực tiếp. Dịch vụ này phải chịu **khoản khấu trừ** tương tự và số đô la hàng năm hoặc suốt đời tối đa.
- Không **thu dự** đối với hội viên nếu các dịch vụ được cung cấp bởi **Nhà cung cấp** trong mạng lưới.

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	\$65/lần; Không áp dụng <b>khoản khấu trừ</b> cho 3 lần khám không dự phòng đầu tiên.	Không bao trả	Không có
	Khám <b>bác sĩ chuyên khoa</b>	\$95/lần; Không áp dụng <b>khoản khấu trừ</b> cho 3 lần khám không dự phòng đầu tiên.	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 – \$40/lần; Không áp dụng <b>khoản khấu trừ</b> . X-quang – 40% <b>đồng bảo hiểm</b>	Không bao trả	Không có
	Chụp ảnh (chụp CT/PET, MRI)	40% <b>đồng bảo hiểm</b>	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	Thuốc phổ thông (Bậc 1)	\$18 đồng thanh toán/toa thuốc	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
	Các thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	40% đến tối đa \$500/toa thuốc	Không bao trả	
	Các thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 3)	40% đến tối đa \$500/toa thuốc	Không bao trả	

[\* Để biết thêm thông tin về các giới hạn và ngoại lệ, hãy xem chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm tại [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). ]

<b><u>bảo hiểm thuốc kê toa</u></b> sẵn có tại <a href="#">Valley Health Plan Prescription Drug Coverage</a> (Bảo hiểm Thuốc Kê toa Valley Health Plan)	<u>Các thuốc đặc trị</u> (Bậc 4)	40% đến tối đa \$500/toa thuốc	Không bao trả	Ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.  <u>Dịch vụ Bán lẻ/Thư tín:</u> 1 đồng thanh toán = thuốc dùng tối đa 30 ngày đối với bậc 1-4
<b>Nếu quý vị cần phẫu thuật ngoại trú</b>	<u>Phí cơ sở</u> (ví dụ: trung tâm phẫu thuật lưu động)	40% đồng bảo hiểm	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% <u>đồng bảo hiểm</u>		
<b>Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay</b>	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u> (miễn nếu nhập viện)	<u>Cơ sở - 40% đồng bảo hiểm</u>	<u>Cơ sở-40% đồng bảo hiểm</u>	Không có
		Bác sĩ - Miễn phí	Bác sĩ-Miễn phí	
	<u>Vận chuyển y tế cấp cứu</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$65/lần; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> cho 3 lần khám không <u>dự phòng</u> đầu tiên.	\$65/lần; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> cho 3 lần khám không <u>dự phòng</u> đầu tiên.	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)	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	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% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không bao trả	

[\* Để biết thêm thông tin về các giới hạn và ngoại lệ, hãy xem chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm tại [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). ]

<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	\$65/lần; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> cho 3 lần khám không dự phòng đầu tiên. Các hạng mục khác: \$65/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 - 20% <u>đồng bảo hiểm</u> Bác sĩ - 20% <u>đồng bảo hiểm</u>	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	Không có
	Dịch vụ chuyên khoa sản/sinh đẻ	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	Dịch vụ cơ sở sản khoa/sinh đẻ	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	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>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	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>	\$65/lần; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	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>	\$65/lần; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	Không bao trả	
	<u>Chăm sóc điều dưỡng lành nghề</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không bao trả	100 lần/năm theo lịch. Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	<u>Thiết bị y tế lâu bền</u>	40% <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

[\* Để biết thêm thông tin về các giới hạn và ngoại lệ, hãy xem chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm tại [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). ]



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

Các Dịch vụ mà Chương trình **Bảo hiểm** của Quý vị Thường **KHÔNG** Bao trả (Tham khảo hợp đồng hoặc hồ sơ **bảo hiểm** của quý vị để biết thêm thông tin và danh mục các dịch vụ bị loại trừ khác).

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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> |
|--|--|--|

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 **bảo hiểm** của quý vị).

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nạo thai</li><li>• Chăm 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> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Chăm sóc sức khỏe từ xa</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.**

**Bảo hiểm Cơ bản Tối thiểu** thường bao gồm **chương trình**, **bảo hiểm sức khỏe** cung cấp thông qua **Thị trường** hoặc các chính sách thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện cho một số loại **Bảo hiểm Cơ bản Tối thiểu** quý vị không đủ điều kiện cho **khoản tín dụng thuế phí bảo hiểm**.

**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.*

[\* Để biết thêm thông tin về các giới hạn và ngoại lệ, hãy xem chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm tại [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). ]

**Tuyên bố Tiết lộ PRA:** Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải trả lời việc thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó có hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ đối với việc thu thập thông tin này là **0938-1146**. Thời gian dự kiến cần để hoàn thành mẫu thu thập thông tin này trung bình **0,08** giờ cho mỗi trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu sẵn có và thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về độ chính xác của (các) khoảng thời gian dự kiến hay các gợi ý để cải thiện mẫu này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Người nhận: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

[\* Để biết thêm thông tin về các giới hạn và ngoại lệ, hãy xem chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm tại [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). ]

## 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** \$6.300
- **Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa** \$95
- **Đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở)** 40%
- **Đồng bảo hiểm khác** 40%

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>
<b>Trong ví dụ này, Peg phải thanh toán:</b>	
<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ	\$6.300
Đồng thanh toán	\$500
Đồng bảo hiểm	\$400
<i>Những khoản không được bảo hiểm</i>	
Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$60
<b>Tổng cộng Peg phải thanh toán</b>	<b>\$7.260</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** \$6.300
- **Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa** \$95
- **Đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở)** 40%
- **Đồng bảo hiểm khác** 40%

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>
<b>Trong ví dụ này, Joe phải thanh toán:</b>	
<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ*	\$1.300
Đồng thanh toán	\$700
Đồng bảo hiểm	\$1.200
<i>Những khoản không được bảo hiểm</i>	
Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$20
<b>Tổng cộng Joe phải thanh toán</b>	<b>\$3.220</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** \$6.300
- **Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa** \$95
- **Đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở)** 40%
- **Đồng bảo hiểm khác** 40%

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>\$1.900</b>
<b>Trong ví dụ này, Mia phải thanh toán:</b>	
<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ*	\$1.700
Đồng thanh toán	\$500
Đồng bảo hiểm	\$20
<i>Những khoản không được bảo hiểm</i>	
Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$0
<b>Tổng số tiền Mia phải thanh toán:</b>	<b>\$2.200</b>

Lưu ý: Những con số này giả định rằng bệnh nhân không tham gia vào chương trình chăm sóc sức khỏe của chương trình. Nếu quý vị tham gia vào chương trình chăm sóc sức khỏe của chương trình, quý vị có thể giảm chi phí của mình. Để biết thêm thông tin về chương trình sức khỏe, vui lòng liên lạc: 1-888-421-8444. \*Lưu ý: Chương trình có khoản khấu trừ khác cho các dịch vụ cụ thể được bao gồm trong ví dụ bảo hiểm này. Xem "Có khoản khấu trừ khác cho các dịch vụ cụ thể nào đó không?" tại trang một

Chương trình bảo hiểm sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các chi phí khác cho những dịch vụ được bảo hiểm trong các Ví DỤ này.