

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: 01/01/21 – 12/31/2021

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 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:
Khoản khấu trừ chung là gì?	\$0	Xem bảng Vấn đề Y khoa Thông thường bên dưới để biết chi phí cho các dịch vụ mà chương trình bảo hiểm này bao trả.
Có dịch vụ nào được bao trả trước khi quý vị đạt <u>khoản khấu trừ</u> không?	Đúng vậy.	Chương trình bảo hiểm 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 bảo hiểm này bao trả. https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Bao gồm yêu cầu chăm sóc phòng ngừa ACA http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx
Có <u>khoản khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	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 bảo hiểm này bao trả.
<u>Hạn mức tự thanh toán</u> cho chương trình bảo hiểm này là bao nhiêu?	Đối với <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> \$8.200/người hoặc \$16.400/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 bảo hiểm 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. Tiền đồng trả và số tiền <u>đồng bảo hiểm</u> 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.
Hạng mục nào không bao gồm trong <u>hạn mức tự thanh toán</u>?	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 bảo hiểm 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>Quý vị sẽ thanh toán ít hơn nếu sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u>?</p>	<p>Đúng vậy. Xem Valley Health Plan Provider Search (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>Tôi có cần <u>thư giới thiệu</u> để đến khám <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?</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.]



- 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 \$200 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 <u>Ngoài</u> mạng lưới (Quý vị sẽ thanh toán nhiều nhất)	
Nếu quý vị đến khám tại phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc y viện	Khám chăm sóc ban đầu để điều trị tổn thương hoặc bệnh	\$35/lần	Không bao trả	Không có
	Khám <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$65/lần	Không bao trả	Cần giấy ủy quyền trước. Có thể tính phí nếu không được ủy quyền trước.
	Chăm sóc phòng <u>ngừa/tầm soát/</u> chủng ngừa	Miễn phí	Không bao trả	Không có
Nếu quý vị làm xét nghiệm	<u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (X-quang, xét nghiệm máu)	Xét nghiệm – \$40/lần X-Quang – \$75/lần	Không bao trả	Không có
	Chụp ảnh (chụp CT/PET, MRI)	\$150/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 bảo hiểm thuốc kê toa sẵn có tại Valley Health Plan Prescription Drug	Thuốc phổ thông (Bậc 1)	\$15 <u>đồng thanh toán</u> /toa thuốc	Không bao trả	Những toa thuốc mua tại Nhà thuốc <u>Ngoài mạng lưới</u> 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 <u>đồng thanh toán</u> /toa thuốc	Không bao trả	
	Các thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 3)	\$80 <u>đồng thanh toán</u> /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.]

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 <u>Ngoài mạng lưới</u> (Quý vị sẽ thanh toán nhiều nhất)	
<u>Coverage</u> (Bảo hiểm Thuốc Kê toa Valley Health Plan)	<u>Các thuốc đặc trị</u> (Bậc 4)	20% <u>đến tối đa \$250/toa thuốc</u>	Không bao trả	<u>Dịch vụ Bán lẻ/Thuê tén</u> : 1 đồng thanh toán = thuốc dùng tối đa 30 ngày đối với bậc 1-4
Nếu quý vị cần phẫu thuật ngoại trú	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	
Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu (miễn nếu nhập viện)</u>	Cơ sở - \$350/lần	Cơ sở-\$350/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>	<u>\$35/lần</u>	<u>\$35/lần</u>	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.
Nếu quý vị cần nhập viện	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	

[* 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.]

Nếu quý vị cần dịch vụ khám sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng ma túy	Các dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú	<u>\$35/lần</u> Các Mục Khác \$35/lần thăm khám	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.
Nếu quý vị mang thai	Khám tại phòng khám	Miễn phí	Không bao trả	Không có
	Dịch vụ chuyên khoa sản/sinh đẻ	Miễn phí	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	\$600/ ngày đến 5 ngày	Không bao trả	
Nếu quý vị cần giúp đỡ phục hồi hoặc có nhu cầu y tế đặc biệt khác	<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>	\$35/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>	\$35/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
Nếu con quý vị cần chăm sóc răng hoặc mắt	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.]

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).

- Chăm sóc nắn xương khớp
- Điều trị vô sinh
- Tư vấn Dinh dưỡng
- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc lâu dài
- Điều dưỡng cá nhân
- Chăm sóc răng (Người lớn)
- Chăm sóc không cấp cứu khi ở ngoài Hoa Kỳ.
- Khám Mắt Thường quy (Người lớn)
- Máy trợ thính
- Những chương trình giảm cân

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).

- Nạo thai
- Phẫu thuật dưới áp suất thấp
- Telehealth
- Chăm cứu
- Chăm sóc chân thông thường có giới hạn

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 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 kh 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 kh 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.

[* 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.]

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.

Tuyên bố Tiết lộ PRA: Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải hồi đáp 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 hồi đáp, 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.

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.

[* 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.]

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** \$65
- **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*)

Tổng Chi phí cho Ví dụ này \$12.690

Trong ví dụ này, Peg phải thanh toán:

Chia sẻ Chi phí

Khoản khấu trừ	\$0
Đồng thanh toán	\$1.200
Đồng bảo hiểm	\$0

Những khoản không được bảo hiểm

Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$60
-----------------------	------

Tổng cộng Peg phải thanh toán \$1.260

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** \$65
- **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*)

Tổng Chi phí cho Ví dụ này \$5.600

Trong ví dụ này, Joe phải thanh toán:

Chia sẻ Chi phí

Khoản khấu trừ*	\$0
Đồng thanh toán	\$1.400
Đồng bảo hiểm	\$200

Những khoản không được bảo hiểm

Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$20
-----------------------	------

Tổng cộng Joe phải thanh toán \$1.620

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** \$65
- **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*)

Tổng Chi phí cho Ví dụ này \$2.800

Trong ví dụ này, Mia phải thanh toán:

Chia sẻ Chi phí

Khoản khấu trừ*	\$0
Đồng thanh toán	\$1.300
Đồng bảo hiểm	\$50

Những khoản không được bảo hiểm

Hạn chế hoặc ngoại lệ	\$0
-----------------------	-----

Tổng số tiền Mia phải thanh toán: \$1.350

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.

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.