



Tài liệu Tóm Lược Quyền Lợi và Mức Bảo Trữ (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị chọn **chương trình bảo hiểm sức khỏe**.

SBC cho biết quý vị và **chương trình** sẽ chia sẻ chi phí như thế nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. **LƯU Ý:** Chúng tôi sẽ cung cấp riêng thông tin về chi phí của **chương trình** này (gọi là **bảo phí**). Đây chỉ là bản tóm lược. Để biết thêm thông tin về mức bao trả của quý vị hoặc để nhận bản sao các điều khoản bao trả, hãy truy cập [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) hoặc gọi đến số 1-888-421-8444. Để biết định nghĩa chung của các thuật ngữ phổ biến như **số tiền được cho phép**, **thanh toán số dư**, **tiền đồng bảo hiểm**, **tiền đồng thanh toán**, **tiền khấu trừ**, **nhà cung cấp**, hoặc các thuật ngữ **được gạch chân** khác, vui lòng 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 tới 1-888-421-8444.

| Những Câu Hỏi Quan Trọng   | Trả Lời   | Tại sao đây là Điều Quan Trọng:  |
|--|---|--|
| <b>Tiền khấu trừ chung là bao nhiêu?</b>   | \$0   | Hãy xem bảng Vấn Đề Y Tế Thường Gặp dưới đây để biết chi phí dành cho các dịch vụ mà <b>chương trình</b> bao trả.  |
| <b>Các dịch vụ này có được bao trả trước khi quý vị đạt <u>tiền khấu trừ</u> của quý vị không?</b> | Có.   | <b>Chương trình</b> này không có <u>tiền khấu trừ</u> . Xem bảng bắt đầu trên trang 2 để biết các chi phí khác cho các dịch vụ mà <b>chương trình</b> này bao trả. Hãy xem danh sách 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 các yêu cầu về chăm sóc phòng ngừa 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>Có phải trả <u>tiền khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?</b>                     | Không.  | Không có <u>tiền khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể. Xem bảng bắt đầu trên trang 2 để biết các chi phí khác cho các dịch vụ mà <b>chương trình</b> này bao trả.  |
| <b><u>Hạn mức tiền tự trả</u> đối với <b>chương trình</b> này là gì?</b>                           | Đối với <b>nhà cung cấp trong mạng lưới</b><br>\$8,200 cá nhân/\$16,400 gia đình  | <u>Hạn mức tiền tự trả</u> là số tiền tối đa quý vị có thể phải trả trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị có thành viên gia đình khác tham gia <b>chương trình</b> này, họ phải đáp ứng <u>hạn mức tiền tự trả</u> của bản thân họ cho đến khi đáp ứng mức <u>hạn mức tiền tự trả</u> của gia đình. Các khoản đồng thanh toán và <b>đồng bảo hiểm</b> mà quý vị trả cho các dịch vụ được bao trả sẽ áp dụng vào chi phí tự trả tối đa hàng năm của quý vị.  |
| <b>Số tiền nào không bao gồm trong <u>hạn mức tiền tự trả</u>?</b>                                 | <u>Tiền đồng thanh toán</u> cho một số dịch vụ, <u>bảo phí</u> , số tiền <u>thanh toán số dư</u> , và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <b>chương trình</b> này không bao trả. | Ngay cả khi quý vị trả các chi phí này, thì vẫn không được tính vào <u>hạn mức tiền tự trả</u> .   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>Quý vị có được thanh toán thấp hơn nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?</b></p> | <p>Có. Xem <a href="#">Tìm kiếm Nhà cung cấp của Valley Health Plan</a> hoặc gọi đến 1-888-421-8444 để xem danh sách <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u>.</p> | <p><u>Chương trình</u> này sử dụng một <u>mạng lưới</u> <u>nhà cung cấp</u>. Quý vị sẽ được thanh toán thấp hơn nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình</u>. Quý vị sẽ phải trả mức phí cao nhất nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u>, và quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ <u>nhà cung cấp</u> cho khoản chênh lệch giữa lệ phí <u>của nhà cung cấp</u> và những chi phí mà <u>chương trình</u> của quý vị sẽ bao trả (<u>thanh toán số dư</u>). Hãy nhớ rằng, <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> cho một số dịch vụ (chẳng hạn như dịch vụ phòng thí nghiệm). Hãy kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ.</p> |
| <p><b>Quý vị có cần <u>giấy giới thiệu để đi khám bác sĩ chuyên khoa</u> không?</b></p>                        | <p>Có.</p>  | <p>Cần có giấy giới thiệu mới có thể gặp <u>bác sĩ chuyên khoa</u> đối với các dịch vụ được bao trả ngoại trừ việc tự tới thăm khám Sản phụ khoa theo <u>Chương trình</u>.</p>   |

(DT - OMB control number: 1545-0047/Expiration Date: 12/31/2019)(DOL - OMB control number: 1210-0147/Expiration date: 5/31/2022)  
(HHS - OMB control number: 0938-1146/Expiration date: 10/31/2022)

- Tất cả tiền đồng thanh toán và tiền đồng bảo hiểm nêu trong bảng này được áp dụng sau khi đã trả xong số tiền khấu trừ nếu có áp dụng tiền khấu trừ.
- Phần chia sẻ chi phí của hội viên đối với chi phí thuốc chống ung thư dạng uống sẽ không vượt quá \$250 mỗi tháng theo luật tiểu bang.
- Y tế từ xa là các quyền lợi được bao trả. Phần chia sẻ chi phí của quý vị liên quan đến các dịch vụ y tế từ xa sẽ không vượt quá phần chia sẻ chi phí được tính cho cùng dịch vụ được thực hiện trực tiếp. Dịch vụ này áp dụng cùng một khoản khấu trừ và số tiền tối đa hàng năm hoặc trọn đời.
- Không áp dụng thanh toán số dư đối với các hội viên nếu dịch vụ được cung cấp bởi nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Thổ dân Alaska hoặc người Mỹ bản địa đăng ký Covered California được “cung cấp một vật phẩm hoặc dịch vụ trực tiếp bởi Indian Health Service, một Bộ lạc bản địa, Tổ chức bộ lạc hoặc Urban Indian Organization hoặc thông qua giới thiệu theo Dịch vụ y tế hợp đồng”.



| Vấn Đề Y Tế Thường Gặp  | Các dịch vụ quý vị có thể cần                                   | Quý vị sẽ trả những chi phí nào                                 |  | Hạn chế, loại trừ & thông tin quan trọng khác  |
|---|---|---|--|--|
|   |   | Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)            | Nhà cung cấp <u>ngoài mạng lưới</u> (Quý vị phải trả nhiều nhất) |  |
| Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hoặc phòng khám của <u>nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</u> | Khám chăm sóc chính để chữa trị một thương tích hoặc bệnh trạng | \$35/lần thăm khám  | Không được bao trả   | Không  |
|   | Thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>                         | \$65/lần thăm khám  | Không được bao trả   | Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước. |
|   | <u>Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc/chích ngừa</u>                  | Miễn phí  | Không được bao trả   | Không  |
| Nếu quý vị được xét nghiệm  | <u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)      | Xét nghiệm – \$40/lần thăm khám<br>X-quang – \$75/lần thăm khám | Không được bao trả   | Không  |
|   | Rọi hình (chụp CT/PET, MRI)                                     | \$150/lần thăm khám   | Không được bao trả   | Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước. |

| Vấn Đề Y Tế Thường Gặp  | Các dịch vụ quý vị có thể cần                                      | Quý vị sẽ trả những chi phí nào                      |  | Hạn chế, loại trừ & thông tin quan trọng khác  |
|---|--|--|--|--|
|   |  | Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Nhà cung cấp <u>ngoài mạng lưới</u> (Quý vị phải trả nhiều nhất) |  |
| <b>Nếu quý vị cần thuốc để chữa trị bệnh hoặc một tình trạng cụ thể</b><br>Thông tin thêm về <b>mức bao trả thuốc theo toa</b> có tại <a href="#">Mức bao trả thuốc theo toa của Valley Health Plan</a> | Thuốc gốc (Bậc 1)  | \$15 <u>tiền đồng thanh toán/toa thuốc</u>           | Không được bao trả   | Các toa thuốc mua tại Nhà thuốc <u>ngoài mạng lưới</u> được bao trả nếu liên quan đến trường hợp cấp cứu về mặt y tế hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp. Nếu toa thuốc của quý vị không được liệt kê trong <u>danh mục thuốc</u> , quý vị phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.<br><br><u>Dịch vụ bán lẻ/bưu điện:</u><br>1 lượt đồng thanh toán = lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày đối với thuốc bậc 1-4 |
|   | Thuốc có hiệu được ưu tiên (Bậc 2)                                 | \$55 <u>tiền đồng thanh toán/toa thuốc</u>           | Không được bao trả   |  |
|   | Thuốc có hiệu không được ưu tiên (Bậc 3)                           | \$80 <u>tiền đồng thanh toán/toa thuốc</u>           | Không được bao trả   |  |
|   | <u>Thuốc biệt dược</u> (Bậc 4)                                     | 20% <u>lên đến \$250 mỗi toa thuốc</u>               | Không được bao trả   |  |
| <b>Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại trú</b>   | Lệ phí của cơ sở (chẳng hạn như trung tâm phẫu thuật cấp cứu)      | \$300/lần thăm khám                                  | Không được bao trả   | Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.   |
|   | Lệ phí cho bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật                                | \$40/lần thăm khám                                   | Không được bao trả   |  |
| <b>Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay</b>   | <u>Chăm sóc trong phòng cấp cứu (được miễn nếu được tiếp nhận)</u> | Cơ sở - \$350/lần thăm khám<br>Bác sĩ - Miễn phí     | Cơ sở - \$350/lần thăm khám<br>Bác sĩ - Miễn phí                 | Không  |
|   | <u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u>                                     | \$250/lượt đưa đón                                   | \$250/lượt đưa đón   | Không  |

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

| Vấn Đề Y Tế Thường Gặp   | Các dịch vụ quý vị có thể cần                    | Quý vị sẽ trả những chi phí nào                       |  | Hạn chế, loại trừ & thông tin quan trọng khác  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)  | Nhà cung cấp <u>ngoài mạng lưới</u> (Quý vị phải trả nhiều nhất) |  |
|  | <u>Chăm sóc khẩn cấp</u>                         | \$35/lần thăm khám                                    | \$35/lần thăm khám   | <u>Chăm sóc khẩn cấp</u> từ các <u>nhà cung cấp</u> không tham gia khi ngoài khu vực dịch vụ được bao trả. Cần có ủy quyền trước bằng văn bản đối với <u>dịch vụ chăm sóc khẩn cấp</u> từ các <u>nhà cung cấp</u> không tham gia khi ở trong khu vực dịch vụ. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước đối với các dịch vụ <u>chăm sóc khẩn cấp</u> từ các <u>nhà cung cấp</u> không tham gia trong khu vực dịch vụ. |
| <b>Nếu quý vị nhập viện</b>  | Lệ phí của cơ sở (chẳng hạn như phòng bệnh viện) | \$600 một ngày tối đa 5 ngày                          | Không được bao trả   | Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.   |
|  | Lệ phí cho bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật              | Miễn phí  | Không được bao trả   |  |
| <b>Nếu quý vị cần các dịch vụ điều trị bệnh tâm thần, bệnh hành vi hoặc cai nghiện được chất</b> | Dịch vụ ngoại trú                                | \$35/lần thăm khám<br>Các mục khác \$35/lần thăm khám | Không được bao trả   | Có thể phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.  |
|  | Dịch vụ nội trú                                  | Cơ sở - \$600 mỗi ngày tối đa 5 ngày                  | Không được bao trả   | Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.   |
|  |  | Bác sĩ - Miễn phí                                     |  |  |
| <b>Nếu quý vị có thai</b>  | Thăm khám tại văn phòng                          | Miễn phí  | Không được bao trả   | Không  |
|  | Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh          | Miễn phí  | Không được bao trả   | Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.   |
|  | Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế           | \$600 một ngày tối đa 5 ngày                          | Không được bao trả   |  |
| <b>Nếu quý vị cần được giúp phục hồi hoặc có nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác</b>                  | <u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u>                 | \$30/lần thăm khám                                    | Không được bao trả   | 100 lượt thăm khám/năm. Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.   |
|  | <u>Dịch vụ phục hồi</u>                          | \$35/lần thăm khám                                    | Không được bao trả   | Bao gồm trị liệu vật lý, trị liệu nghề nghiệp, trị liệu ngôn ngữ. Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.   |
|  | <u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>                | \$35/lần thăm khám                                    | Không được bao trả   |  |

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

| Vấn Đề Y Tế Thường Gặp  | Các dịch vụ quý vị có thể cần         | Quý vị sẽ trả những chi phí nào                      |  | Hạn chế, loại trừ & thông tin quan trọng khác   |
|---|---------------------------------------|--|--|---|
|   |                                       | Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Nhà cung cấp <u>ngoài mạng lưới</u> (Quý vị phải trả nhiều nhất) |   |
|   | <u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u> | \$300 một ngày tối đa 5 ngày                         | Không được bao trả   | 100 lượt thăm khám/năm dương lịch. Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước. |
|   | <u>Thiết bị y tế lâu bền</u>          | 20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>                        | Không được bao trả   | Phải có ủy quyền trước bằng văn bản. Các khoản phí có thể phát sinh nếu không có ủy quyền trước.                                    |
|   | <u>Các dịch vụ khi sắp qua đời</u>    | Miễn phí   | Không được bao trả   | Không   |
| <b>Nếu con của quý vị cần được chăm sóc nha khoa hoặc nhãn khoa</b> | Khám mắt trẻ em                       | Miễn phí   | Không được bao trả   | Bao trả giới hạn ở một lượt thăm khám mỗi năm.  |
|   | Kiểm đeo mắt cho trẻ em               | Miễn phí   | Không được bao trả   | Phạm vi bao trả giới hạn ở một cặp kính mỗi năm (hoặc kính áp tròng thay cho kính có gọng).   |
|   | Khám nha khoa cho trẻ em              | Miễn phí   | Không được bao trả   | Không   |

#### Các Dịch Vụ Bị Loại Trừ và Dịch Vụ Được Bao Trả Khác:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Các dịch vụ <u>Chương trình</u> của quý vị thường KHÔNG bao trả (kiểm tra hợp đồng hoặc tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách các dịch vụ bị loại trừ khác).</b> |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Chăm sóc nắn bóp cột sống</li> <li>Phẫu thuật thẩm mỹ</li> <li>Chăm sóc nha khoa (người lớn)</li> <li>Máy trợ thính</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Điều trị vô sinh</li> <li>Chăm sóc dài hạn</li> <li>Chăm sóc không khẩn cấp khi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tư vấn dinh dưỡng</li> <li>Y tá riêng</li> <li>Khám mắt định kỳ (người lớn)</li> <li>Chương trình giảm cân</li> </ul> |
| <b>Các dịch vụ được bao trả khác (Các giới hạn có thể áp dụng cho các dịch vụ này. Đây không phải là một danh sách đầy đủ. Xin xem tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị.)</b>                          |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Phá thai</li> <li>Châm cứu</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Phẫu thuật trị béo phì</li> <li>Chăm sóc chân định kỳ có giới hạn</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Y tế từ xa</li> </ul>   |

**Quyền Tiếp Tục Được Bao Trả:** Có các cơ quan sẽ trợ giúp quý vị nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi bảo hiểm kết thúc. Chi tiết liên lạc với các cơ quan đó là: California, HHS, DOL, và/hoặc gọi cho đầu mối liên hệ bảo hiểm tại tiểu bang của quý vị theo số 1-800-927-HELP (4357). Quý vị cũng có các

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

tùy chọn bảo hiểm khác, bao gồm mua bảo hiểm sức khỏe cá nhân thông qua Health Insurance Marketplace. Để biết thêm thông tin về Marketplace, hãy truy cập [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) hoặc gọi tới số 1-800-318-2596.

**Quyền Than Phiền và Khiếu Nại của Quý Vị:** Nếu quý vị có than phiền về chương trình vì bị từ chối yêu cầu thanh toán thì có các cơ quan có thể hỗ trợ quý vị. Khiếu nại này được gọi là than phiền hoặc kháng cáo. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi quý vị nhận được cho yêu cầu thanh toán y tế đó. Tài liệu chương trình của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về việc nộp yêu cầu thanh toán, kháng cáo, hoặc than phiền vì bất kỳ lý do gì tới chương trình. Để biết thêm thông tin về các quyền của mình, thông báo này hay để được trợ giúp, hãy liên hệ: Đường dây trợ giúp người tiêu dùng của Department of Managed Health Care (DMHC) theo số 1-888-466-2219.

#### **Chương trình này có cung cấp Bảo hiểm thiết yếu tối thiểu không? Có.**

Nếu không có Bảo hiểm thiết yếu tối thiểu trong một tháng nào thì quý vị sẽ phải trả tiền khi khai thuế trừ khi quý vị đủ tiêu chuẩn được miễn trừ từ đòi hỏi quý vị có bảo hiểm sức khỏe cho tháng này.

#### **Chương trình này có đáp ứng Tiêu chuẩn giá trị tối thiểu không? Có.**

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu chuẩn giá trị tối thiểu thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được tín thuế bảo phí để giúp trả tiền cho chương trình thông qua Marketplace.

#### **Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:**

Spanish (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 phần tiếp theo để biết các ví dụ về cách chương trình này có thể bao trả chi phí cho một tình trạng y tế điển hình.*—————

Tuyên bố tiết lộ của PRA: Theo Đạo luật Giám sát Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1146. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính là trung bình 0.08 giờ cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem xét các hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**Về các ví dụ về mức bao trả này:**



**Đây không phải là công cụ ước tính chi phí.** Các phương pháp điều trị nêu tại đây chỉ là ví dụ về cách chương trình này có thể bao trả chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào chăm sóc thực tế quý vị nhận được, lệ phí của nhà cung cấp tính cho quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng thanh toán và tiền đồng bảo hiểm) và các dịch vụ bị loại trừ theo chương trình. Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí quý vị phải trả theo các chương trình bảo hiểm y tế khác nhau. Xin lưu ý các ví dụ về mức bao trả này chỉ dựa trên khoản bao trả.

**Peg đang có thai**  
(9 tháng chăm sóc tiền sản và sinh con tại bệnh viện trong mạng lưới)

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$0
- Tiền đồng thanh toán khi khám bác sĩ chuyên khoa \$65
- Tiền đồng bảo hiểm chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) \$600/ngày
- Tiền đồng bảo hiểm khác 20%

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

Thăm khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa (chăm sóc tiền sản)  
 Dịch vụ sinh nở/hộ sinh chuyên nghiệp  
 Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế  
 Xét nghiệm chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)  
 Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa (gây mê)

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Tổng chi phí ví dụ</b>              | <b>\$12,690</b> |
| <b>Trong ví dụ này, Peg phải trả:</b>  |                 |
| <i>Chia sẻ chi phí</i>                 |                 |
| Tiền khấu trừ                          | \$0             |
| Tiền đồng thanh toán                   | \$1,200         |
| Tiền đồng bảo hiểm                     | \$0             |
| <i>Những gì không được bao trả</i>     |                 |
| Các giới hạn hoặc loại trừ             | \$60            |
| <b>Tổng số tiền Peg sẽ phải trả là</b> | <b>\$1,260</b>  |

**Quản lý bệnh tiểu đường loại 2 cho Joe**  
(một năm chăm sóc thường xuyên trong mạng lưới cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$0
- Tiền đồng thanh toán khi khám bác sĩ chuyên khoa \$65
- Tiền đồng bảo hiểm chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) \$600/ngày
- Tiền đồng bảo hiểm khác 20%

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

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

|  |                |
|--|----------------|
| <b>Tổng chi phí ví dụ</b>              | <b>\$5,600</b> |
| <b>Trong ví dụ này, Joe phải trả:</b>  |                |
| <i>Chia sẻ chi phí</i>                 |                |
| Tiền khấu trừ                          | \$0            |
| Tiền đồng thanh toán                   | \$1,400        |
| Tiền đồng bảo hiểm                     | \$200          |
| <i>Những gì không được bao trả</i>     |                |
| Các giới hạn hoặc loại trừ             | \$20           |
| <b>Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là</b> | <b>\$1,620</b> |

**Mia bị gãy xương nhẹ**  
(khám và chăm sóc theo dõi tại phòng cấp cứu trong mạng lưới)

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$0
- Tiền đồng thanh toán khi khám bác sĩ chuyên khoa \$65
- Tiền đồng bảo hiểm chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) \$600/ngày
- Tiền đồng bảo hiểm khác 20%

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

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm các tiếp liệu y tế)  
 Xét nghiệm chẩn đoán (chụp quang tuyến)  
 Thiết bị y tế lâu bền (nạng đi)  
 Các dịch vụ phục hồi (trị liệu vật lý)

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <b>Tổng chi phí ví dụ</b>             | <b>\$2,800</b> |
| <b>Trong ví dụ này, Mia phải trả:</b> |                |
| <i>Chia sẻ chi phí</i>                |                |
| Tiền khấu trừ                         | \$0            |
| Tiền đồng thanh toán                  | \$1,300        |
| Tiền đồng bảo hiểm                    | \$50           |
| <i>Những gì không được bao trả</i>    |                |
| Các giới hạn hoặc loại trừ            | \$0            |
| <b>Tổng số tiền Mia phải trả là</b>   | <b>\$1,350</b> |

Lưu ý: Những con số này giả định bệnh nhân không tham gia vào chương trình vui khỏe của chương trình bảo hiểm. Nếu tham gia vào chương trình vui khỏe của chương trình bảo hiểm, quý vị có thể giảm chi phí của mình. Để biết thêm thông tin về chương trình vui khỏe, vui lòng liên hệ: 1-888-421-8444.