




Tài liệu Tóm tắt Phúc lợi và Phạm vi Bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị chọn một **chương trình** bảo hiểm y tế. SBC cho quý vị thấy cách quý vị và **chương trình** sẽ chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. **LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình** này (được gọi là **phí bảo hiểm**) sẽ được thông báo riêng. Tài liệu này chỉ là bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị, hoặc để nhận được một bản sao của các điều khoản bảo hiểm đầy đủ, hãy truy cập trang web của chúng tôi tại www.valleyhealthplan.org hoặc gọi số 1-888-421-8444. Đối với các định nghĩa chung của các thuật ngữ phổ biến, chẳng hạn như **số tiền được phép**, **số dư còn lại trên hóa đơn**, **tiền đồng bảo hiểm**, **tiền đồng trả**, **khoản khấu trừ**, **người chăm sóc**, hoặc các thuật ngữ **được gạch chân**, vui lòng xem Bảng Chú giải Thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú giải Thuật ngữ tại <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform> hoặc gọi số 1-888-421-8444 để yêu cầu bản sao.

Câu hỏi quan trọng	Câu trả lời	Tại sao điều này lại quan trọng:
<u>Khoản khấu trừ</u> về tổng thể là gì?	\$6,300/cá nhân hoặc \$12,600/gia đình	Nói chung, quý vị phải trả toàn bộ chi phí từ <u>người chăm sóc</u> cho đến khi đạt số tiền trong <u>khoản khấu trừ</u> trước khi <u>chương trình</u> này bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có các thành viên gia đình khác tham gia <u>chương trình</u> , mỗi thành viên gia đình phải đạt được <u>khoản khấu trừ</u> cá nhân của chính họ cho đến khi tổng số tiền của <u>khoản khấu trừ</u> chi trả bởi tất cả thành viên gia đình đạt <u>khoản khấu trừ</u> chung của cả gia đình.
Có dịch vụ nào được bao trả trước khi quý vị đạt <u>khoản khấu trừ</u> không?	Có. Các dịch vụ bao gồm nhưng không giới hạn: Chăm sóc Chính, Bác sĩ chuyên khoa, Chăm sóc Phòng ngừa, Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, Chăm sóc Khẩn cấp, Hành vi/ Lạm dụng Dược chất Ngoại trú (OP), Thai sản và Trước khi sinh.	<u>Chương trình</u> này bao trả các vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt được số tiền của <u>khoản khấu trừ</u> . Xem bảng bắt đầu từ trang 2 quy định các dịch vụ có hoặc không có <u>khoản khấu trừ</u> . <u>Khoản đồng trả</u> hoặc <u>khoản đồng bảo hiểm</u> có thể được áp dụng. Ví dụ, <u>chương trình</u> này bao trả một số dịch vụ phòng ngừa mà không có chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt <u>khoản khấu trừ</u> . Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bao trả tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Bao gồm các yêu cầu về chăm sóc phòng ngừa của ACA http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx
Có áp dụng các <u>khoản khấu trừ</u> khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Có. <u>Bảo hiểm thuốc kê toa</u> \$500/cá nhân hoặc \$1,000/gia đình	Quý vị phải trả tất cả các chi phí cho các dịch vụ này lên đến một số tiền nhất định trong <u>khoản khấu trừ</u> trước khi <u>chương trình</u> bắt đầu chi trả cho các dịch vụ này. Bất kỳ số tiền nào quý vị trả cho các dịch vụ được bao trả có áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> sẽ được tính vào chi phí xuất túi tối đa hàng năm của quý vị.

Câu hỏi quan trọng	Câu trả lời	Tại sao điều này lại quan trọng:
<p>Giới hạn chi phí xuất túi cho chương trình này là gì?</p>	<p>Đối với <u>người chăm sóc trong mạng lưới</u> \$8,200 cá nhân/\$16,400 gia đình</p>	<p><u>Giới hạn chi phí xuất túi</u> là số tiền cao nhất quý vị có thể phải trả trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị có các thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình này</u>, họ phải đạt được <u>giới hạn chi phí xuất túi</u> của chính họ cho đến khi đạt đến tổng <u>giới hạn chi phí xuất túi</u> của cả gia đình. Số tiền đồng trả và <u>tiền đồng bảo hiểm</u> quý vị trả cho các dịch vụ được bao trả sẽ được tính vào chi phí xuất túi tối đa hàng năm của quý vị.</p>
<p>Chi phí nào không được bao gồm trong giới hạn chi phí xuất túi?</p>	<p><u>Tiền đồng trả cho một số dịch vụ, phí bảo hiểm, số tiền còn thiếu trên hóa đơn</u>, và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình này</u> không bao trả.</p>	<p>Mặc dù quý vị thanh toán các chi phí này nhưng chúng không được tính vào <u>giới hạn chi phí xuất túi</u>.</p>
<p>Quý vị sẽ phải trả ít hơn nếu sử dụng người chăm sóc trong mạng lưới phải không?</p>	<p>Có. Xem Tìm kiếm Người chăm sóc của Valley Health Plan hoặc gọi số 1-888-421-8444 để có danh sách <u>những người chăm sóc trong mạng lưới</u>.</p>	<p><u>Chương trình này</u> sử dụng một <u>mạng lưới người chăm sóc</u>. Quý vị sẽ phải trả ít hơn nếu sử dụng <u>người chăm sóc trong mạng lưới</u> của <u>chương trình</u>. Quý vị sẽ phải trả nhiều tiền nhất nếu sử dụng một <u>người chăm sóc ngoài mạng lưới</u>, và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ một <u>người chăm sóc</u> cho khoản chênh lệch giữa khoản phí của <u>người chăm sóc</u> và số tiền mà <u>chương trình</u> chi trả (<u>số tiền còn thiếu trên hóa đơn</u>). Xin lưu ý rằng <u>người chăm sóc trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng một <u>người chăm sóc ngoài mạng lưới</u> cho một số dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm). Hãy kiểm tra với <u>người chăm sóc</u> trước khi quý vị nhận dịch vụ.</p>
<p>Quý vị có cần giấy giới thiệu để thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa không?</p>	<p>Có.</p>	<p><u>Chương trình này</u> sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để thăm khám với một <u>bác sĩ chuyên khoa</u> cho các dịch vụ được bao trả nhưng chỉ nếu như quý vị có <u>giấy giới thiệu</u> trước khi quý vị thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>.</p>

 Toàn bộ [tiền đồng trả](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#) thể hiện trong sơ đồ này là sau khi quý vị đạt [khoản khấu trừ](#), nếu [khoản khấu trừ](#) được áp dụng.

Biến cố y tế thông thường	Dịch vụ quý vị có thể cần	Những gì quý vị phải trả		Giới hạn, Ngoại lệ & Thông tin Quan trọng khác
		Người chăm sóc Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất)	Người chăm sóc Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị thăm khám tại văn phòng hoặc phòng khám của người chăm sóc	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị một thương tích hoặc bệnh tật	\$65/lần khám; Không áp dụng khoản khấu trừ cho ba lần khám đầu tiên mà không phải là chăm sóc phòng ngừa.	Không được bao trả	Không có
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	\$95/lần khám; Không áp dụng khoản khấu trừ cho ba lần khám đầu tiên mà không phải là chăm sóc phòng ngừa.	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc / chủng ngừa	Miễn phí	Không được bao trả	Không có
Nếu quý vị được làm xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (quang tuyến, xét nghiệm máu)	Phòng thí nghiệm \$40/lần khám; Không áp dụng khoản khấu trừ. <u>Quang tuyến 40% tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	Không có
	Chiếu chụp hình ảnh (chụp CT/PET, MRI)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hoặc một tình trạng	Thuốc generic	\$18 <u>tiền đồng trả</u> /toa thuốc	Không được bao trả	Mua thuốc kê toa tại một Nhà thuốc <u>Ngoài Mạng lưới</u> được bao trả nếu liên quan đến chăm sóc cho trường hợp cấp cứu y tế hoặc chăm sóc cần
	Thuốc có nhãn hiệu được ưu tiên	40% tối đa \$500 mỗi toa thuốc	Không được bao trả	

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

Biến cố y tế thông thường	Dịch vụ quý vị có thể cần	Những gì quý vị phải trả		Giới hạn, Ngoại lệ & Thông tin Quan trọng khác
		Người chăm sóc Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất)	Người chăm sóc Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất)	
Thông tin thêm về bảo hiểm thuốc kê toa có tại www.valleyhealthplan.org	Thuốc có nhãn hiệu không được ưu tiên	40% tối đa \$500 mỗi toa thuốc	Không được bao trả	thiết khẩn cấp. Nếu thuốc kê toa của quý vị không có trong <u>danh mục thuốc</u> , quý vị cần phải có cho phép trước. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Thuốc chuyên khoa	40% tối đa \$500 mỗi toa thuốc	Không được bao trả	<u>Dịch vụ Nhà thuốc Bán lẻ/Đặt mua Qua Bưu điện:</u> 1 tiền đồng trả = tiếp liệu sử dụng trong tối đa 30 ngày đối với thuốc bậc 1-4
Nếu quý vị phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật cấp cứu)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	
Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	Cơ sở – 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Cơ sở – 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có
		Bác sĩ – Miễn phí	Bác sĩ – Miễn phí	
	Chuyên chở y tế cấp cứu	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có
	Chăm sóc khẩn cấp	\$65/lần khám; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> cho ba lần khám đầu tiên mà không phải là <u>chăm sóc phòng ngừa</u> .	\$65/lần khám; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> cho ba lần khám đầu tiên mà không phải là <u>chăm sóc phòng ngừa</u> .	<u>Chăm sóc khẩn cấp từ người chăm sóc</u> không tham gia khi ở bên ngoài khu vực dịch vụ được bao trả. Cần có cho phép trước cho dịch vụ <u>chăm sóc khẩn cấp từ người chăm sóc</u> không tham gia khi ở trong khu vực dịch vụ. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước cho dịch vụ <u>chăm sóc khẩn cấp từ người chăm sóc</u> không tham gia khi ở trong khu vực dịch vụ.

Biến cố y tế thông thường	Dịch vụ quý vị có thể cần	Những gì quý vị phải trả		Giới hạn, Ngoại lệ & Thông tin Quan trọng khác
		Người chăm sóc Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất)	Người chăm sóc Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị phải nằm viện	Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh viện)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	
Nếu quý vị cần dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng được chất	Dịch vụ ngoại trú	\$65/lần khám; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> cho ba lần khám đầu tiên mà không phải là chăm sóc <u>phòng ngừa</u> .	Không được bao trả	Có thể cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
		Vật dụng khác; \$65/lần khám		
	Dịch vụ nội trú	Cơ sở 20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	
		Bác sĩ 20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>		
Nếu quý vị mang thai	Thăm khám tại văn phòng	Miễn phí	Không được bao trả	Không có
	Dịch vụ sinh con chuyên nghiệp	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Dịch vụ cơ sở sinh con	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	
Nếu quý vị cần trợ giúp phục hồi hoặc các nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại nhà	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	100 lần khám/năm. Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	\$65/lần khám; Không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	Không được bao trả	Bao gồm vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu và trị liệu nghề nghiệp. Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	\$65/lần khám; Không áp dụng	Không được bao trả	

Biến cố y tế thông thường	Dịch vụ quý vị có thể cần	Những gì quý vị phải trả		Giới hạn, Ngoại lệ & Thông tin Quan trọng khác
		Người chăm sóc Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất)	Người chăm sóc Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất)	
		<u>khoản khấu trừ.</u>		
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	100 lần khám/năm lịch. Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Thiết bị y tế lâu bền	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Dịch vụ chăm sóc tế bào	Miễn phí	Không được bao trả	Không có
Nếu con quý vị cần chăm sóc nha khoa hoặc nhãn khoa	Khám mắt trẻ em	Miễn phí	Không được bao trả	Bảo hiểm giới hạn ở một lần khám mỗi năm.
	Kính mắt trẻ em	Miễn phí	Không được bao trả	Bảo hiểm giới hạn ở một cặp kính mỗi năm (hoặc kính áp tròng thay cho mắt kính).
	Kiểm tra nha khoa trẻ em	Miễn phí	Không được bao trả	Không có

Các Dịch vụ Loại trừ & Dịch vụ được Bao trả khác:

Các Dịch vụ mà [Chương trình](#) thường KHÔNG bao trả (Kiểm tra hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu [chương trình](#) của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất kỳ [dịch vụ bị loại trừ](#) nào khác).

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc nắn bóp cột sống Phẫu thuật thẩm mỹ Chăm sóc nha khoa (Người lớn) Thiết bị trợ thính | <ul style="list-style-type: none"> Điều trị vô sinh Chăm sóc dài hạn Chăm sóc không phải cấp cứu khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ | <ul style="list-style-type: none"> Cố vấn dinh dưỡng Điều dưỡng trực riêng Chăm sóc Mắt định kỳ (Người lớn) Chương trình giảm cân |
|--|---|---|

Các Dịch vụ được Bao trả khác (Các giới hạn có thể áp dụng cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu [chương trình](#)).

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Phá thai Châm cứu | <ul style="list-style-type: none"> Phẫu thuật béo phì Chăm sóc chân định kỳ có giới hạn |
|--|---|

Quyền Tiếp tục Bảo hiểm của quý vị: Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi nó kết

thúc. Thông tin liên lạc của các cơ quan đó là: California, Cơ quan Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California theo số 1-888-466-2219 hoặc đường dây TDD 1-877-688-9891 dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn hoặc www.dmhc.ca.gov. và/hoặc gọi người liên hệ của bảo hiểm tiểu bang của quý vị theo số 1-800-927-HELP (4357) hoặc Cục Quản lý An ninh Phúc lợi Nhân viên của Bộ Lao động <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, Văn phòng Quản lý Nhân sự Chương trình Multi State Plan <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/> Khác các tùy chọn bảo hiểm cũng có thể có sẵn cho quý vị, bao gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị trường Bảo hiểm Y tế của California, Covered California, theo số 1-800-300-1506 hoặc www.coveredca.com. **Thị trường Bảo hiểm Y tế** để biết thêm thông tin về **Thị trường Giao dịch**, quý vị hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318-2596.

Quyền Khiếu nại và Kháng nghị: Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu quý vị có khiếu nại đối với **chương trình** vì đã chối **yêu cầu bồi thường** của quý vị. Việc than phiền này được gọi là **khiếu nại** hoặc **kháng nghị**. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích về các phúc lợi mà quý vị sẽ nhận được đối với **yêu cầu bồi thường y tế** đó. Tài liệu **chương trình** của quý vị cũng cung cấp đầy đủ thông tin về cách gửi **yêu cầu bồi thường**, **kháng nghị**, hoặc **khiếu nại** vì bất kỳ lý do nào cho **chương trình** của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc nhận hỗ trợ, hãy liên hệ: Đường dây Trợ giúp Người tiêu dùng của Bộ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (Department of Managed Health Care, DMHC) theo số 1-888-466-2219.

Chương trình này có cung cấp Bảo hiểm Cần thiết Tối thiểu không? Có

Bảo hiểm Cần thiết Tối thiểu thường bao gồm **các chương trình**, **bảo hiểm y tế** có sẵn thông qua **Thị trường Giao dịch** hoặc các hợp đồng bảo hiểm trên 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 Cần thiết Tối thiểu**, quý vị có thể không đủ điều kiện nhận **tín dụng thuế phí bảo hiểm**.

Chương trình này có đáp ứng Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu không? Có

Nếu **chương trình** không đáp ứng **Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu**, quý vị có thể đủ điều kiện nhận **tín dụng thuế phí bảo hiểm** để giúp quý vị chi trả cho một **chương trình** thông qua **Thị trường Giao dịch**.

Dịch vụ Tiếp cận Ngôn ngữ:

Nhận trợ giúp bằng các ngôn ngữ khác

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, luôn sẵn sàng giúp quý vị. Gọi số 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)。

Հայաստան (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

فارسی (Farsi)

می فراهم شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات، کنید می گفتگو فارسی زبان به اگر: توجه
باشد. با 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਿ ਰੇ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711)
'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

(Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)

ह िंदी (Hindi)

यदद आप ह िंदी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

បរិស័ទជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវាជំនួយខ្លួនភាសា បោយមិនគិត ្លូល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

Để xem ví dụ về cách chương trình này có thể bao trả chi phí cho một tình trạng y tế mẫu, xin xem phần

Tuyên bố Tiết lộ Thông tin theo PRA: Theo Đạo luật Giảm thiểu Công việc Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải trả lời 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 trung bình là **0.08** giờ cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian để xem lại 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 nhận xét về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Người nhận: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Ví dụ về các Khoản Bảo hiểm này:



Đây không phải là công cụ ước tính chi phí. Các điều trị được hiển thị chỉ là ví dụ về cách [chương trình](#) này sẽ bao trả cho chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, giá mà [người chăm sóc](#) tính, cùng rất nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền [chi phí chia sẻ](#) ([khoản khấu trừ](#), [tiền đồng trả](#) 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 có thể phải trả theo các [chương trình](#) bảo hiểm y tế khác nhau. Xin lưu ý rằng những ví dụ về phạm vi bảo hiểm này là chỉ dựa trên bảo hiểm đó.

Peg đang mang thai

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

- Tổng [khoản khấu trừ của chương trình](#) là \$6,300
- [Tiền đồng trả](#) [Bác sĩ chuyên khoa](#) \$95
- [Tiền đồng bảo hiểm Bệnh viện \(cơ sở\)](#) 40%
- [Tiền đồng bảo hiểm khác](#) 40%

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

[Thăm khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa](#) (chăm sóc trước sinh)

Dịch vụ sinh con chuyên nghiệp

Dịch vụ cơ sở sinh con

[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (siêu âm và thử máu)

[Thăm khám bác sĩ chuyên khoa](#) (hen suyễn)

Tổng Chi phí của Ví dụ	\$12,690
-------------------------------	-----------------

Trong ví dụ này, Peg sẽ phải trả:

Chia sẻ Chi phí	
Khoản khấu trừ	\$6,300
Đồng thanh toán	\$500
Đồng bảo hiểm	\$400
Những gì không được bao trả	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ phải trả là	\$7,260

Quản lý Bệnh đái tháo đường Loại 2 của Joe

(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới với tình trạng được kiểm soát tốt)

- Tổng [khoản khấu trừ của chương trình](#) là \$6,300
- [Tiền đồng trả](#) [Bác sĩ chuyên khoa](#) \$95
- [Tiền đồng bảo hiểm Bệnh viện \(cơ sở\)](#) 40%
- [Tiền đồng bảo hiểm khác](#) 40%

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

[Thăm khám tại văn phòng của Bác sĩ chăm sóc chính](#) (bao gồm giáo dục nâng cao nhận thức về bệnh)

[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (thử máu)

[Thuốc theo toa](#)

[Thiết bị y tế lâu bền](#) (máy đo glucose)

Tổng Chi phí của Ví dụ	\$5,600
-------------------------------	----------------

Trong ví dụ này, Joe sẽ phải trả:

Chia sẻ Chi phí	
Khoản khấu trừ	\$1,300
Đồng thanh toán	\$700
Đồng bảo hiểm	\$1,200
Những gì không được bao trả	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$20
Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là	\$3,220

Gãy xương nhẹ của Mia

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

- Tổng [khoản khấu trừ của chương trình](#) là \$6,300
- [Tiền đồng trả](#) [Bác sĩ chuyên khoa](#) \$95
- [Tiền đồng bảo hiểm Bệnh viện \(cơ sở\)](#) 40%
- [Tiền 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](#) (quang tuyến)

[Thiết bị y tế lâu bền](#) (nạng)

[Dịch vụ phục hồi chức năng](#) (vật lý trị liệu)

Tổng Chi phí của Ví dụ	\$2,800
-------------------------------	----------------

Trong ví dụ này, Mia sẽ phải trả:

Chia sẻ Chi phí	
Khoản khấu trừ	\$1,700
Đồng thanh toán	\$500
Đồng bảo hiểm	\$20
Những gì không được bao trả	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ phải trả là	\$2,200

[Chương trình](#) sẽ chịu trách nhiệm cho những chi phí khác của những dịch vụ được bao trả trong Ví DỤ này.