

Tài liệu Tóm Tắt Quyền Lợi và Phạm Vi Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa chọn một chương trình bảo hiểm y tế phù hợp. SBC cho quý vị biết cách chia sẻ chi phí giữa quý vị và chương trình bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. **LƯU Ý:** Thông tin về chi phí của chương trình bảo hiểm này (được gọi là **phí bảo hiểm**) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là phần tóm tắt. Để biết thêm thông tin về phạm vi bao trả hoặc nhận bản sao điều khoản bảo hiểm đầy đủ, truy cập www.kp.org/plandocuments hoặc gọi tới số 1-888-901-4636 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của các thuật ngữ phổ biến, chẳng hạn như số tiền cho phép, thanh toán khoản chênh lệch, đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, **khoản khấu trừ**, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được **gạch chân** khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại www.healthcare.gov/sbc-glossary hoặc gọi số 1-888-901-4636 (TTY: 711) để yêu cầu cung cấp bản sao.

Những Thắc Mắc Quan Trọng	Giải Đáp	Tại Sao Những Điều Này Quan Trọng:
Tiền khấu trừ tổng thể là gì?	\$1.500 Cá Nhân/\$3.000 Gia Đình	Nói chung, quý vị phải trả mọi chi phí từ các nhà cung cấp cho đến khi đạt hạn mức tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu thanh toán. Nếu các thành viên gia đình khác của quý vị có trong chương trình thì mỗi thành viên gia đình phải đạt hạn mức khoản khấu trừ của mỗi cá nhân cho đến khi tổng chi phí khoản khấu trừ được thanh toán bởi tất cả các thành viên trong gia đình đạt mức khoản khấu trừ tổng thể của gia đình.
Có dịch vụ nào được bao trả trước khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ không?	Có. Chăm sóc phòng ngừa và các dịch vụ được nêu trong biểu đồ bắt đầu ở trang 2.	Chương trình này bao trả bảo hiểm một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đáp ứng khoản tiền khấu trừ . Tuy nhiên, có thể áp dụng đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm . Ví dụ: chương trình này bao trả cho một số dịch vụ phòng ngừa nhất định mà không cần chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ . Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bao trả tại www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Có khoản khấu trừ nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không phải đạt hạn mức khoản khấu trừ đối với một số dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn của chi phí xuất túi của chương trình này là bao nhiêu?	\$6.250 Cá Nhân/\$12.500 Gia Đình	Mức giới hạn của chi phí xuất túi là khoản tiền lớn nhất mà quý vị phải thanh toán trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Nếu các thành viên khác trong gia đình quý vị có tham gia chương trình bảo hiểm này thì họ phải đạt đến mức giới hạn của chi phí xuất túi của riêng mình cho đến khi đạt đến mức giới hạn của chi phí xuất túi tổng thể của gia đình.
Những hạng mục nào không được tính vào mức giới hạn của chi phí xuất túi ?	Phí bảo hiểm , tiền thanh toán khoản chênh lệch , dịch vụ y tế mà chương trình bảo hiểm này không bao trả và các dịch vụ được nêu rõ trong bảng bắt đầu ở trang 2.	Cho dù quý vị trả những chi phí này, nhưng những chi phí đó không được tính vào mức giới hạn của chi phí xuất túi .
Có phải quý vị sẽ trả ít tiền hơn nếu sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới không?	Đúng vậy. Truy cập trang www.kp.org hoặc gọi số 1-888-901-4636 (TTY: 711) để xem danh sách các nhà cung cấp trong mạng lưới .	Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp . Quý vị sẽ trả ít tiền hơn nếu sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình . Quý vị sẽ trả nhiều tiền nhất nếu sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp đối với số tiền chênh lệch giữa số tiền nhà cung cấp đó tính phí và số tiền mà chương trình của quý vị chi trả (thanh toán khoản chênh lệch). Quý vị cần biết rằng nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho một số dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm). Hãy kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị trước khi nhận dịch vụ.
Tôi có cần giấy giới thiệu để tới khám bác sĩ chuyên khoa không?	Có, nhưng quý vị có thể tự đến khám với một số bác sĩ chuyên khoa nhất định.	Chương trình này sẽ trả một phần hoặc tất cả các chi phí thăm khám với bác sĩ chuyên khoa cho các dịch vụ được bao trả nhưng chỉ khi nào quý vị có giấy giới thiệu trước khi đến gặp bác sĩ chuyên khoa đó.



Tất cả các chi phí [đồng thanh toán](#) và [đồng bảo hiểm](#) được trình bày trong bảng này là sau khi quý vị đã đạt hạn mức [khoản khấu trừ](#), nếu có áp dụng [khoản khấu trừ](#).

Những Trường Hợp Y Tế Thường Gặp	Những Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Những Khoản Quý Vị Sẽ Chi Trả		Hạn Chế, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị đến khám sức khỏe tại phòng khám hoặc cơ sở y tế của nhà cung cấp	Đến bác sĩ gia đình để chữa bệnh hoặc điều trị thương tích	Miễn phí, không áp dụng khoản khấu trừ .	Không đài thọ	Không có
	Đến bác sĩ chuyên khoa	\$25/lần thăm khám, không áp dụng khoản khấu trừ .	Không đài thọ	Không có
	Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc/ chích ngừa	Miễn phí, không áp dụng khoản khấu trừ .	Không đài thọ	Quý vị có thể phải chi trả cho những dịch vụ không phải là dịch vụ phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp xem liệu các dịch vụ cần thiết có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó kiểm tra những khoản mà chương trình của quý vị sẽ bao trả.
Nếu quý vị làm xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (x-quang, xét nghiệm máu)	Đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Không có
	Rọi hình (chụp CT/PET, MRI)	Đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Phải có sự chấp thuận trước , nếu không sẽ không được bao trả.
Nếu quý vị cần dùng thuốc để điều trị bệnh hoặc tình trạng bệnh lý Thông tin cụ thể hơn về bảo hiểm thuốc kê toa có tại trang www.kp.org/formulary	Thuốc gốc ưu tiên	\$4 (bán lẻ); \$8 (bán lẻ); Giảm \$5 đối với phần chia sẻ chi phí bán lẻ (đặt hàng qua đường bưu điện)/ toa thuốc , khoản khấu trừ không được áp dụng.	Không đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 90 ngày (bán lẻ/đặt mua thuốc qua đường bưu điện). Tuân theo hướng dẫn về danh mục thuốc .
	Thuốc đặc hiệu ưu tiên	\$25 (bán lẻ); Giảm \$5 đối với phần chia sẻ chi phí bán lẻ (đặt hàng qua đường bưu điện)/ toa thuốc , khoản khấu trừ không được áp dụng.	Không đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 90 ngày (bán lẻ/đặt mua thuốc qua đường bưu điện). Tuân theo hướng dẫn về danh mục thuốc .
	Thuốc không ưu tiên	Có thể áp dụng khoản chia sẻ chi phí cho các loại thuốc gốc Ưu Tiên, thuốc biệt dược Ưu Tiên hoặc thuốc Không Ưu Tiên.	Không đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 90 ngày (bán lẻ/đặt mua thuốc qua đường bưu điện). Tuân theo hướng dẫn về danh mục thuốc .

Những Trường Hợp Y Tế Thường Gặp	Những Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Những Khoản Quý Vị Sẽ Chi Trả		Hạn Chế, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
	Thuốc đặc trị	Có thể áp dụng khoản <u>chia sẻ chi phí</u> cho các loại thuốc gốc Ưu Tiên, thuốc biệt dược Ưu Tiên hoặc thuốc Không Ưu Tiên.	Không đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày (bán lẻ). Tuân theo hướng dẫn về <u>danh mục thuốc</u> , khi được phê duyệt qua chương trình ngoại lệ.
Nếu quý vị phải giải phẫu ngoại trú	Tiền phải trả cho cơ sở (nghĩa là, trung tâm giải phẫu ngoại trú)	\$50/lần thăm khám, đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Không có
	Tiền phải trả cho y sĩ/bác sĩ giải phẫu	Đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Không có
Nếu quý vị cần cấp cứu	Dịch vụ chăm sóc trong phòng cấp cứu	\$200/lần thăm khám, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	\$200/lần thăm khám, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	Quý vị phải thông báo cho Kaiser Permanente trong vòng 24 giờ nếu được tiếp nhận bởi một <u>nhà cung cấp Ngoài Mạng Lưới</u> ; chỉ dành cho cấp cứu ban đầu. Quý vị được miễn <u>khoản đồng thanh toán</u> nếu nhập viện trực tiếp dưới diện bệnh nhân nội trú.
	Phương tiện chuyên chở khẩn cấp	Khoản <u>đồng bảo hiểm</u> 20%, <u>khoản khấu trừ</u> không được áp dụng.	Khoản <u>đồng bảo hiểm</u> 20%, <u>khoản khấu trừ</u> không được áp dụng.	Không có
	Chăm sóc cấp bách	Miễn phí, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	\$200/lần thăm khám, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	Bao trả cho các <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> nếu tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ.
Nếu quý vị phải nằm viện	Tiền phải trả cho cơ sở (ví dụ như tiền phòng bệnh viện)	\$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Phải có sự <u>chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Tiền phải trả cho y sĩ/bác sĩ giải phẫu	Đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Phải có sự <u>chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
Nếu quý vị cần dịch vụ về sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng được chất	Dịch vụ ngoại trú	Miễn phí, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	Không đài thọ	Không có
	Dịch vụ nội trú	\$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Phải có sự <u>chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
Nếu quý vị mang thai	Khám bệnh tại phòng mạch	<u>Đồng bảo hiểm</u> 20%	Không đài thọ	Không áp dụng <u>chia sẻ chi phí</u> cho các <u>dịch vụ phòng ngừa</u> . Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được mô tả ở mục khác trong SBC (cụ thể là siêu âm).

Những Trường Hợp Y Tế Thường Gặp	Những Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Những Khoản Quý Vị Sẽ Chi Trả		Hạn Chế, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chỉ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chỉ trả nhiều nhất)	
	Dịch vụ hộ sinh/đỡ đẻ chuyên nghiệp	Đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Quý vị phải báo cho Kaiser Permanente biết trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, hoặc sau đó càng sớm càng tốt khi tình trạng sức khỏe cho phép. Khoản <u>chia sẻ chi phí</u> cho các dịch vụ của trẻ sơ sinh sẽ tính riêng với chi phí của người mẹ.
	Dịch vụ hộ sinh/đỡ đẻ tại cơ sở	\$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Quý vị phải báo cho Kaiser Permanente biết trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, hoặc sau đó càng sớm càng tốt khi tình trạng sức khỏe cho phép. Khoản <u>chia sẻ chi phí</u> cho các dịch vụ của trẻ sơ sinh sẽ tính riêng với chi phí của người mẹ.
Nếu quý vị cần hỗ trợ phục hồi hoặc có nhu cầu đặc biệt khác về sức khỏe	Chăm sóc sức khỏe tại nhà	Miễn phí, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	Không đài thọ	Phải có sự <u>chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Dịch Vụ Phục Hồi	Điều trị ngoại trú: \$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> . Điều trị nội trú: \$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Tính chung với dịch vụ Trợ Giúp Chức Năng: Điều trị ngoại trú: Giới hạn 60 lần thăm khám/năm. Điều trị nội trú: Giới hạn 60 ngày/năm, bắt buộc phải xin <u>cho phép trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Dịch vụ trợ giúp chức năng	Điều trị ngoại trú: \$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> . Điều trị nội trú: \$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó áp dụng khoản đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Tính chung với dịch vụ Phục Hồi: Điều trị ngoại trú: Giới hạn 60 lần thăm khám/năm. Điều trị nội trú: Giới hạn 60 ngày/năm, bắt buộc phải xin <u>cho phép trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Y tá chuyên môn	Đồng bảo hiểm 20%	Không đài thọ	Giới hạn 60 ngày/năm. Phải có sự <u>chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Dụng cụ y khoa sử dụng lâu dài	Miễn phí, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	Không đài thọ	Tuân theo hướng dẫn về <u>danh mục thuốc</u> . Phải có sự <u>chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Dịch vụ chăm sóc khi hấp hối	Miễn phí, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	Không đài thọ	Phải có sự <u>chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
Nếu con của quý vị cần được chăm sóc	Kiểm tra mắt cho trẻ nhỏ	Miễn phí dịch vụ kiểm tra tật khúc xạ mắt, <u>khoản khấu trừ</u>	Không đài thọ	Giới hạn 1 lần thăm khám/12 tháng

Những Trường Hợp Y Tế Thường Gặp	Những Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Những Khoản Quý Vị Sẽ Chi Trả		Hạn Chế, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
răng hoặc mắt		không được áp dụng.		
	Kính mắt cho trẻ nhỏ	Miễn phí, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> .	Không đài thọ	Thành viên 19 tuổi trở lên giới hạn \$300/12 tháng; Thành viên 19 tuổi trở xuống giới hạn 1 cặp kính/năm hoặc kính áp tròng được đài thọ ở mức 50% <u>đồng bảo hiểm</u>
	Khám răng cho trẻ nhỏ	Không đài thọ	Không đài thọ	Không có

Dịch Vụ Bị Loại Trừ & Những Dịch Vụ Được Bao Trả Khác:

Những Dịch Vụ Mà [Chương Trình](#) Của Quý Vị Thường KHÔNG Bao Trả (Hãy kiểm tra tài liệu hợp đồng bảo hiểm hoặc [chương trình](#) của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách của bất cứ [dịch vụ loại trừ](#) nào khác.)

<ul style="list-style-type: none"> • Giải phẫu thẩm mỹ • Chăm sóc răng (Người lớn và trẻ em) • Máy trợ thính 	<ul style="list-style-type: none"> • Điều trị hiếm muộn • Chăm sóc dài hạn • Chăm sóc không khẩn cấp khi du lịch ngoài Hoa Kỳ 	<ul style="list-style-type: none"> • Y tá chăm sóc riêng • Chăm sóc bàn chân theo định kỳ • Các chương trình giảm cân
---	--	--

Các Dịch Vụ Được Bao Trả Khác (Có thể áp dụng hạn mức cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng tham khảo tài liệu về [chương trình](#) của quý vị.)

<ul style="list-style-type: none"> • Châm cứu (giới hạn 20 lần thăm khám/năm) • Phẫu thuật giảm cân 	<ul style="list-style-type: none"> • Kính mắt cho trẻ nhỏ • Chăm sóc nắn khớp xương (giới hạn 20 lần thăm khám/năm) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc mắt theo định kỳ (Người lớn)
---	---	---

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị: Một số cơ quan có thể giúp quý vị nếu quý vị muốn tiếp tục được bảo hiểm sau khi chương trình bảo hiểm này kết thúc. Thông tin liên hệ các cơ quan đó được liệt kê trong bảng dưới đây. Quý vị cũng có thể có các lựa chọn bảo hiểm khác, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường [Bảo Hiểm Y Tế](#). Để biết thêm thông tin về Thị Trường này, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318- 2596.

Quyền Được Than Phiền và Kháng Nghị: Một số cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị có khiếu nại về chương trình của mình khi bị từ chối yêu cầu chi trả. Khiếu nại này được gọi là than phiền hoặc kháng nghị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích về các quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm y tế đó. Tài liệu chương trình của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách gửi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, kháng nghị hoặc than phiền vì bất cứ lý do nào về chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc nếu cần trợ giúp, hãy liên hệ với những cơ quan có tên trong bảng dưới đây.

Thông Tin Liên Hệ để biết Quyền Tiếp Tục Tham Gia Bảo Hiểm & Quyền Than Phiền và Kháng Nghị của Quý Vị:

Dịch Vụ Thành Viên Kaiser Permanente (Kaiser Permanente Member Services)	1-888-901-4636 (TTY: 711) hoặc www.kp.org
Phòng Quản Lý Đảm Bảo Quyền Lợi Nhân Viên (Employee Benefits Security Administration) của Bộ Lao Động (Department of Labor)	1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform
Trung Tâm Giám Sát Thông Tin & Bảo Hiểm Của Người Tiêu Dùng (Center for Consumer Information & Insurance Oversight), Bộ Y Tế & Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health & Human Services)	1-877-267-2323 x61565 hoặc www.cciio.cms.gov
Sở Bảo Hiểm Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 hoặc www.insurance.wa.gov

Chương trình này có cung cấp Phạm Vi Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu không? Có

Phạm Vi Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu thường bao gồm các [chương trình](#), [bảo hiểm y tế](#) có trên [Thị Trường](#) hoặc các hợp đồng bảo hiểm thuộc thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Trẻ Em (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu hội đủ điều kiện được hưởng một số loại Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu thì quý vị có thể không đủ điều kiện nhận được [tín thuế phí bảo hiểm](#).

Chương trình này có đáp ứng Mức Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không? Có

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Mức Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu thì quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận được tín thuế phí bảo hiểm để chi trả cho một chương trình thông qua Thị Trường.

Dịch Vụ Trợ Giúp Về Ngôn Ngữ:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).


Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Để xem các ví dụ về việc [chương trình](#) này có thể bao trả các chi phí trong một mẫu tình huống y tế như thế nào, hãy xem phần tiếp theo.

Ví Dụ về mức Bao Trả:



Đây không phải là công cụ ước tính chi phí. Các hình thức điều trị được nêu chỉ là ví dụ cho thấy [chương trình](#) này có thể bao trả ra sao cho chi phí chăm sóc y tế. Chi phí thực của quý vị sẽ khác tùy theo dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, mức giá [nhà cung cấp](#) thu và nhiều yếu tố khác. 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](#) trong [chương trình](#). Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể phải trả theo các [chương trình](#) y tế khác nhau. Vui lòng lưu ý rằng những ví dụ về bảo hiểm này được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

<div>Peg Sắp Sinh Con (9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)</div> <div><ul style="list-style-type: none">■ Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình\$1.500■ Đồng thanh toán cho dịch vụ chuyên khoa \$25■ Chia sẻ chi phí bệnh viện (cơ sở) \$100+20%■ Đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (xét nghiệm máu) 20%<p>Sự việc trong Ví DỤ này bao gồm các dịch vụ như: Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa tại văn phòng (<i>chăm sóc tiền sản</i>) Dịch Vụ Hộ Sinh/Đỡ Đẻ Chuyên Nghiệp Dịch Vụ Hộ Sinh/Đỡ Đẻ Tại Cơ Sở Xét nghiệm chẩn đoán (<i>siêu âm và xét nghiệm máu</i>) Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa (<i>gây mê</i>)</p><table><tr><td>Tổng Chi Phí theo Ví Dụ</td><td>\$12.700</td></tr><tr><td>Trong ví dụ này, Peg sẽ phải thanh toán:</td><td></td></tr><tr><td><i>Chia Sẻ Chi Phí</i></td><td></td></tr><tr><td>Khoản khấu trừ</td><td>\$1.500</td></tr><tr><td>Đồng thanh toán</td><td>\$100</td></tr><tr><td>Đồng bảo hiểm</td><td>\$2.000</td></tr><tr><td><i>Dịch vụ không được bao trả</i></td><td></td></tr><tr><td>Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ</td><td>\$20</td></tr><tr><td>Tổng số tiền mà Peg sẽ phải thanh toán là</td><td>\$3.620</td></tr></table></div>	Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$12.700	Trong ví dụ này, Peg sẽ phải thanh toán:		<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>		Khoản khấu trừ	\$1.500	Đồng thanh toán	\$100	Đồng bảo hiểm	\$2.000	<i>Dịch vụ không được bao trả</i>		Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ	\$20	Tổng số tiền mà Peg sẽ phải thanh toán là	\$3.620	<div>Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Tuýp 2 của Joe (một năm chăm sóc định kỳ bởi nhà cung cấp trong mạng lưới cho một tình trạng được kiểm soát tốt)</div> <div><ul style="list-style-type: none">■ Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình\$1.500■ Đồng thanh toán cho dịch vụ chuyên khoa \$25■ Chia sẻ chi phí bệnh viện (cơ sở) \$100+20%■ Đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (xét nghiệm máu) 20%<p>Sự việc trong Ví DỤ này bao gồm các dịch vụ như: Các lần thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính tại văn phòng (<i>bao gồm cả hướng dẫn về bệnh</i>) Xét nghiệm chẩn đoán (<i>xét nghiệm máu</i>) Thuốc theo toa Thiết bị y tế sử dụng lâu dài (<i>máy đo đường huyết</i>)</p><table><tr><td>Tổng Chi Phí theo Ví Dụ</td><td>\$5.600</td></tr><tr><td>Trong ví dụ này, Joe sẽ phải thanh toán:</td><td></td></tr><tr><td><i>Chia Sẻ Chi Phí</i></td><td></td></tr><tr><td>Khoản khấu trừ</td><td>\$40</td></tr><tr><td>Đồng thanh toán</td><td>\$600</td></tr><tr><td>Đồng bảo hiểm</td><td>\$0</td></tr><tr><td><i>Dịch vụ không được bao trả</i></td><td></td></tr><tr><td>Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ</td><td>\$0</td></tr><tr><td>Tổng số tiền mà Joe sẽ phải thanh toán là</td><td>\$640</td></tr></table></div>	Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$5.600	Trong ví dụ này, Joe sẽ phải thanh toán:		<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>		Khoản khấu trừ	\$40	Đồng thanh toán	\$600	Đồng bảo hiểm	\$0	<i>Dịch vụ không được bao trả</i>		Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ	\$0	Tổng số tiền mà Joe sẽ phải thanh toán là	\$640	<div>Điều Trị Gãy Xương Kín cho Mia (thăm khám tại phòng cấp cứu trong mạng lưới và chăm sóc theo dõi)</div> <div><ul style="list-style-type: none">■ Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình\$1.500■ Đồng thanh toán cho dịch vụ chuyên khoa \$25■ Chia sẻ chi phí bệnh viện (cơ sở) \$100+20%■ Đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (chụp X-quang) 20%<p>Sự việc trong Ví DỤ này bao gồm các dịch vụ như: Chăm sóc tại phòng cấp cứu (<i>bao gồm vật tư y tế</i>) Xét nghiệm chẩn đoán (<i>x-quang</i>) Thiết bị y tế sử dụng lâu dài (<i>nạng chống</i>) Dịch vụ phục hồi (<i>vật lý trị liệu</i>)</p><table><tr><td>Tổng Chi Phí theo Ví Dụ</td><td>\$2.800</td></tr><tr><td>Trong ví dụ này, Mia sẽ phải thanh toán:</td><td></td></tr><tr><td><i>Chia Sẻ Chi Phí</i></td><td></td></tr><tr><td>Khoản khấu trừ</td><td>\$900</td></tr><tr><td>Đồng thanh toán</td><td>\$100</td></tr><tr><td>Đồng bảo hiểm</td><td>\$200</td></tr><tr><td><i>Dịch vụ không được bao trả</i></td><td></td></tr><tr><td>Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ</td><td>\$0</td></tr><tr><td>Tổng số tiền mà Mia sẽ phải thanh toán là</td><td>\$1.200</td></tr></table></div>	Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$2.800	Trong ví dụ này, Mia sẽ phải thanh toán:		<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>		Khoản khấu trừ	\$900	Đồng thanh toán	\$100	Đồng bảo hiểm	\$200	<i>Dịch vụ không được bao trả</i>		Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ	\$0	Tổng số tiền mà Mia sẽ phải thanh toán là	\$1.200
Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$12.700																																																							
Trong ví dụ này, Peg sẽ phải thanh toán:																																																								
<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>																																																								
Khoản khấu trừ	\$1.500																																																							
Đồng thanh toán	\$100																																																							
Đồng bảo hiểm	\$2.000																																																							
<i>Dịch vụ không được bao trả</i>																																																								
Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ	\$20																																																							
Tổng số tiền mà Peg sẽ phải thanh toán là	\$3.620																																																							
Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$5.600																																																							
Trong ví dụ này, Joe sẽ phải thanh toán:																																																								
<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>																																																								
Khoản khấu trừ	\$40																																																							
Đồng thanh toán	\$600																																																							
Đồng bảo hiểm	\$0																																																							
<i>Dịch vụ không được bao trả</i>																																																								
Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ	\$0																																																							
Tổng số tiền mà Joe sẽ phải thanh toán là	\$640																																																							
Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$2.800																																																							
Trong ví dụ này, Mia sẽ phải thanh toán:																																																								
<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>																																																								
Khoản khấu trừ	\$900																																																							
Đồng thanh toán	\$100																																																							
Đồng bảo hiểm	\$200																																																							
<i>Dịch vụ không được bao trả</i>																																																								
Các trường hợp giới hạn hoặc loại trừ	\$0																																																							
Tổng số tiền mà Mia sẽ phải thanh toán là	\$1.200																																																							

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