

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 tiền còn thiếu trên hóa đơn, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, khoản khấu trừ, nhà cung cấp**, 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> chung là gì? | \$0 | Xem bảng Biến cố y tế thông thường dưới đây để biết chi phí của quý vị cho các dịch vụ mà chương trình này bao trả. |
| Có dịch vụ nào được bao trả trước khi quý vị đạt <u>khoản khấu trừ</u> không? | Không áp dụng. | Chương trình này không có <u>khoản khấu trừ</u> . Xem bảng bắt đầu từ trang 2 để biết chi phí khác cho các dịch vụ mà chương trình này bao trả. Xem danh sách các dịch vụ <u>phòng ngừa</u> 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? | Không. | Có áp dụng các <u>khoản khấu trừ</u> khác cho các dịch vụ cụ thể. Xem bảng bắt đầu từ trang 2 để biết chi phí khác cho các dịch vụ mà chương trình này bao trả. |
| <u>Giới hạn chi phí xuất túi</u> cho chương trình này là gì? | Đối với <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> \$8,700 cá nhân / \$17,400 gia đình | <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 chương trình này, họ phải đạt được <u>giới hạn chi phí xuất túi</u> của chính họ cho đến khi đạt đến <u>giới hạn chi phí xuất túi</u> chung 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. |
| Chi phí nào không bao gồm trong <u>giới</u> | <u>Tiền đồng trả</u> cho một số dịch vụ, <u>phí bảo hiểm</u> , số | Mặc dù quý vị thanh toán các chi phí này nhưng chúng không được tính vào <u>giới hạn chi phí xuất túi</u> . |

| Câu hỏi quan trọng | Câu trả lời | Tại sao điều này lại quan trọng: |
|--|--|---|
| han chi phí xuất túi? | tiền còn thiếu trên hóa đơn , và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không bao trả. | |
| Quý vị sẽ phải trả ít hơn nếu sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới phải không? | Có. Xem Tìm kiếm Nhà cung cấp của Valley Health Plan hoặc gọi số 1-888-421-8444 để có danh sách những nhà cung cấp trong mạng lưới | Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp . Quý vị sẽ phải trả ít hơn nếu sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình . Quý vị sẽ phải 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 cho khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp và số tiền mà chương trình chi trả (số tiền còn thiếu trên hóa đơn). Xin lưu ý 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 trước khi quý vị nhận dịch vụ. |
| Quý vị có cần giấy giới thiệu để thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa không? | Có. | Chương trình này sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa cho các dịch vụ được bao trả nhưng chỉ nếu như quý vị có giấy giới thiệu trước khi quý vị thăm khám với bác sĩ chuyên khoa . |

⚠️ 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 |
|---|--|---|--|---|
| | | Nhà cung cấp Trong mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất) | Nhà cung cấp Ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất) | |
| Nếu quý vị thăm khám tại văn phòng hoặc phòng khám của nhà cung cấp | Thăm khám chăm sóc chính để điều trị một thương tích hoặc bệnh tật | \$35/lần khám | Không được bao trả | Không có |
| | Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa | \$65/lần khám | Không được bao trả | Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| | Chăm sóc phòng ngừa / sàng lọc / chủng ngừa | Miễn phí | Không được bao trả | Không có. Quý vị có thể phải trả tiền cho các dịch vụ không phải phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp xem dịch vụ cần thiết có phải là chăm sóc phòng ngừa hay không. Sau đó kiểm tra xem chương trình sẽ chi trả những gì. |
| Nếu quý vị được làm xét nghiệm | Xét nghiệm chẩn đoán (quang tuyến, xét nghiệm máu) | Phòng thí nghiệm – \$40/lần khám Quang tuyến – \$75/lần khám | Không được bao trả | Không có |
| | Chiếu chụp hình ảnh (chụp CT/PET, MRI) | \$75/lần khám | Không được bao trả | Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hoặc một tình trạng | Thuốc gốc | \$15 tiền đồng trả /toa thuốc | Không được bao trả | Mua thuốc kê toa tại một Nhà thuốc Ngoài mạng lưới được bao trả nếu liên quan đến chăm sóc cho trường hợp cấp cứu y tế hoặc chăm sóc cần |
| | Thuốc biệt dược được ưu tiên | \$60 tiền đồng trả /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.]

| 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 |
|---|---|---|--|---|
| | | Nhà cung cấp Trong mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất) | Nhà cung cấp 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 biệt dược không được ưu tiên | \$85 tiền đồng trả /toa thuốc | Không được bao trả | thiết khẩn cấp. Nếu thuốc kê toa của quý vị không có trong danh mục thuốc , quý vị cần phải có cho phép trước. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy. Bán lẻ: Lượng thuốc đủ dùng lên tới 90 ngày đối với thuốc Gốc và thuốc Biệt dược Đặt mua qua bưu điện: Lượng thuốc đủ dùng lên tới 90 ngày đối với thuốc Gốc và thuốc Biệt dược duy trì |
| | Thuốc chuyên khoa | 20% <u>tối đa \$250</u> mỗi toa thuốc | Không được bao trả | |
| Nếu quý vị phẫu thuật ngoại trú | Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật cấp cứu) | \$130/lần khám | Không được bao trả | Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy. |
| | Phí bác sĩ / bác sĩ phẫu thuật | \$40/lần khám | Không được bao trả | |
| Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức | Chăm sóc tại phòng cấp cứu | Cơ sở – \$350/lần khám | Cơ sở – \$350/lần khám | Không có |
| | | Bác sĩ – Miễn phí | Bác sĩ – Miễn phí | |
| | Vận chuyển y tế cấp cứu | \$250/chuyên chở | \$250/chuyên chở | Không có |
| | Chăm sóc khẩn cấp | \$35/lần khám | \$35/lần khám. Không được bao trả trong khu vực dịch vụ. | Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp tại các Nhà cung cấp Không thuộc chương trình trong Khu vực dịch vụ phải được Cho phép trước trước khi cung cấp dịch vụ hoặc quý vị có thể phải chịu trách nhiệm về tài chính cho tất cả các khoản phí |
| Nếu quý vị phải nằm viện | Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh viện) | \$330 mỗi ngày trong tối đa 5 ngày | Không được bao trả | Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép |

[* 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 |
|---|--|---|--|--|
| | | Nhà cung cấp Trong mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất) | Nhà cung cấp Ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất) | |
| | Phí bác sĩ / bác sĩ phẫu thuật | Miễn phí | Không được bao trả | trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| Nếu quý vị cần dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng được chất | Dịch vụ ngoại trú | \$35/lần khám | Không được bao trả | Có thể cần được cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| | | Hạng mục khác \$35/lần khám | | |
| | Dịch vụ nội trú | Cơ sở – \$330 mỗi ngày trong tối đa 5 ngày | Không được bao trả | Có thể cần được cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| | | Bác sĩ – Miễn phí | | |
| Nếu quý vị mang thai | Thăm khám tại văn phòng | Miễn phí | Không được bao trả | Không có |
| | Dịch vụ sinh con chuyên nghiệp | Miễn phí | Không được bao trả | Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy. |
| | Dịch vụ cơ sở sinh con | \$330 mỗi ngày trong tối đa 5 ngày | 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 | \$30/lần khám | Không được bao trả | 100 ngày/năm. Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy. |
| | Dịch vụ phục hồi chức năng | \$35/lần khám | 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. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| | Dịch vụ tập thói quen | \$35/lần khám | 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 |
|--|--|---|--|---|
| | | Nhà cung cấp Trong mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả ít nhất) | Nhà cung cấp Ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất) | |
| | Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn | \$150 mỗi ngày trong tối đa 5 ngày | Không được bao trả | 100 ngày/năm dương lịch. Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| | Thiết bị y tế lâu bền | 20% tiền đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Cần có cho phép trước bằng văn bản. Nếu không được cho phép trước , quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ như vậy |
| | Dịch vụ chăm sóc cuối đời | 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).

- | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------------|
| • Chăm sóc nắn bóp cột sống | • Điều trị vô sinh | • Có vấn đề dinh dưỡng |
| • Phẫu thuật thẩm mỹ | • Chăm sóc dài hạn | • Điều dưỡng trực riêng |
| • Chăm sóc nha khoa (Người lớn) | • Chăm sóc không phải cấp cứu khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ | • Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn) |
| • Thiết bị trợ thính | | • 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](#)).

- | | |
|------------|---------------------------------|
| • Châm cứu | • Phẫu thuật béo phì |
| | • Chăm sóc chân định kỳ có giới |

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](#)).

hạn

Quyền Tiếp tục Bảo hiểm của quý vị: Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia bảo hiểm sau khi 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/>. Các tùy chọn bảo hiểm khác cũng có thể có cho quý vị, bao gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua Health Insurance Marketplace của California, Covered California, theo số 1-800-300-1506 hoặc www.coveredca.com. [Health Insurance Marketplace](#) để biết thêm thông tin về [Marketplace](#), 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 [Marketplace](#) 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 [Marketplace](#).

Dịch vụ Tiếp cận Ngôn ngữ:

Nhận trợ giúp bằng các ngôn ngữ khác

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 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)

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

日本語 (Japanese)

注意事項：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

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)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888.421.8444.1 (California Relay Service (CRS) 711)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ ក៏អាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 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 tiếp theo.

[* 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.]

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, Attn: 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 [nhà cung cấp](#) 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)

- [Khoản khấu trừ](#) chung của [chương trình](#) \$0
- [Tiền đồng trả Bác sĩ chuyên khoa](#) \$65
- [Tiền đồng trả Bệnh viện \(cơ sở\)](#) \$330/ngày
- Các khoản [tiền đồng trả](#) (thử máu) khác \$35

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 trong ví dụ | \$12,690 |
|---------------------------------|-----------------|

Trong ví dụ này, Peg sẽ phải trả:

| | |
|--------------------------------|-----|
| <i>Chia sẻ chi phí</i> | |
| Khoản khấu trừ | \$0 |

| | |
|--|--------------|
| Tiền đồng trả | \$800 |
| Tiền đồng bảo hiểm | \$70 |
| <i>Những gì không được bao trả</i> | |
| Giới hạn hoặc loại trừ | \$60 |
| Tổng số tiền Peg sẽ phải trả là | \$930 |

Quản lý Bệnh tiểu đường Loại 2 của Joe

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

- [Khoản khấu trừ](#) chung của [chương trình](#) \$0
- [Tiền đồng trả Bác sĩ chuyên khoa](#) \$65
- [Tiền đồng trả Bệnh viện \(cơ sở\)](#) \$330/ngày
- Các khoản [tiền đồng trả](#) (thử máu) khác \$35

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 trong ví dụ | \$5,600 |
|---------------------------------|----------------|

Trong ví dụ này, Joe sẽ phải trả:

| | |
|--|----------------|
| <i>Chia sẻ chi phí</i> | |
| Khoản khấu trừ | \$0 |
| Tiền đồng trả | \$1,500 |
| Tiền đồng bảo hiểm | \$200 |
| <i>Những gì không được bao trả</i> | |
| Giới hạn hoặc loại trừ | \$20 |
| Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là | \$1,720 |

Gãy xương nhẹ của Mia

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

- [Khoản khấu trừ](#) chung của [chương trình](#) \$0
- [Tiền đồng trả Bác sĩ chuyên khoa](#) \$65
- [Tiền đồng trả Bệnh viện \(cơ sở\)](#) \$330/ngày
- Các khoản [tiền đồng trả](#) (quang tuyến) khác \$75

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

| | |
|---------------------------------|----------------|
| Tổng chi phí trong ví dụ | \$2,800 |
|---------------------------------|----------------|

Trong ví dụ này, Mia sẽ phải trả:

| <i>Chia sẻ chi phí</i> | |
|--------------------------------|---------|
| Khoản khấu trừ | \$0 |
| Tiền đồng trả | \$1,100 |

| | |
|--|----------------|
| Tiền đồng bảo hiểm | \$70 |
| <i>Những gì không được bao trả</i> | |
| Giới hạn hoặc loại trừ | \$0 |
| Tổng số tiền Mia sẽ phải trả là | \$1,170 |

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