




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?	\$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?	Có.	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 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?	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>người chăm sóc trong mạng lưới</u> \$4,500 cá nhân/\$9,000 gia đình	Giới hạn chi phí xuất túi 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 giới hạn chi phí xuất túi của chính họ cho đến khi đạt đến tổng giới hạn chi phí xuất túi của cả gia đình. Số tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm 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 được bao gồm trong	Tiền đồng trả cho một số dịch vụ, phí bảo hiểm , số	Mặc dù quý vị thanh toán các chi phí này nhưng chúng không được tính vào giới hạn chi phí xuất túi .

Câu hỏi quan trọng	Câu trả lời	Tại sao điều này lại quan trọng:
giới hạn chi phí xuất túi?	tiền còn thiếu trên hóa đơn, và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không bao trả.	
Quý vị sẽ phải trả ít hơn nếu sử dụng người chăm sóc trong mạng lưới phải không?	Có. Xem Tìm kiếm Người chăm sóc của Valley Health Plan hoặc gọi số 1-888-421-8444 để có danh sách những người chăm sóc trong mạng lưới.	<u>Chương trình</u> này 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.
Quý vị có cần giấy giới thiệu để thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa không?	Có.	<u>Chương trình</u> 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
		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	\$15/lần khám	Không được bao trả	Không có
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	\$30/lần khám	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc/</u> 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 người chăm sóc xem dịch vụ cần thiết có phải là chăm

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)	
				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 – \$15/lần khám Quang tuyến – \$30/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. 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 Thông tin thêm về bảo hiểm thuốc kê toa có tại www.valleyhealthplan.org	Thuốc generic (Bậc 1)	\$5 tiền đồng trả /toa thuốc Nhà thuốc Bán lẻ/Đặt mua Qua Bưu điện	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 thiết khẩn cấp. Nếu thuốc kê toa của quý vị không có trong danh mục thuốc , quý vị cần phải có cho phép trước. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Thuốc có nhãn hiệu được ưu tiên (Bậc 2)	\$15 tiền đồng trả /toa thuốc Nhà thuốc Bán lẻ/Đặt mua Qua Bưu điện	Không được bao trả	
	Thuốc có nhãn hiệu không được ưu tiên (Bậc 3)	\$25 tiền đồng trả /toa thuốc. Nhà thuốc Bán lẻ/Đặt mua Qua Bưu điện	Không được bao trả	Nhà thuốc Bán lẻ/Đặt mua Qua Bưu điện : 1 tiền đồng trả = tiếp liệu sử dụng trong tối đa 30 ngày đối với thuốc bậc 1-4
	Thuốc chuyên khoa	10% tối đa \$250 mỗi toa thuốc Nhà thuốc Bán lẻ/Đặt mua Qua Bưu điện	Không được bao trả	
Nếu quý vị phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật cấp cứu)	\$100/lần khám	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	\$25/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
		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 cần chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	Cơ sở – \$150/lần khám Bác sĩ – Miễn phí	Cơ sở – \$150/lần khám Bác sĩ – Miễn phí	Không có
	Chuyên chở y tế cấp cứu	\$150/chuyên chở	\$150/chuyên chở	Không có
	Chăm sóc khẩn cấp	\$15/lần khám	\$15/lần khám	<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.
Nếu quý vị phải nằm viện	Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh viện)	\$250 mỗi ngày trong tối đa 5 ngày	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	Miễn phí	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	\$15/lần khám Các dịch vụ ngoại trú khác \$15/lần khám	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.
	Dịch vụ nội trú	Cơ sở – \$250 mỗi ngày trong tối đa 5 ngày Bác sĩ – Miễn phí	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 mang thai	Thăm khám tại văn phòng	Miễn phí	Không được bao trả	Không có
	Dịch vụ sinh con chuyên	Miễn phí	Không được bao trả	Cần có cho phép trước bằng văn

Biên 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)	
	nhiệm Dịch vụ cơ sở sinh con			bản. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
		\$250 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	\$20/lần khám	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	\$15/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. Có thể phát sinh chi phí nếu không có cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	\$15/lần khám	Không được bao trả	
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	\$150 mỗi ngày trong tối đa 5 ngày	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	10% <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).

- | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------------|
| • Chăm sóc nắn bóp cột sống | • Điều trị vô sinh | • Cố vấn 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**).

- | | |
|------------|-------------------------------------|
| • Phá thai | • Phẫu thuật béo phì |
| • Châm cứu | • 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 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.

Nếu quý vị không có Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu trong một tháng, quý vị sẽ phải thanh toán khi khai thuế trừ khi quý vị đủ điều kiện để được miễn yêu cầu phải có bảo hiểm y tế cho tháng đó.

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)

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)

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 ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ 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)

បរើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវាជំនួយខ្លួនកភាសា បោយមិនគិត ្លូល គឺអាចមានសំរាប់រំបរ ើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.
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.

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 \$0
- [Tiền đồng trả](#) *Bác sĩ chuyên khoa* \$65
- Tiền đồng trả Bệnh viện (cơ sở) \$250/ngày
- Tiền đồng bảo hiểm khác 10%

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:	
<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ	\$0
Đồng thanh toán	\$600
Đồng bảo hiểm	\$0
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ phải trả là	\$660

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 \$0
- [Tiền đồng trả](#) *Bác sĩ chuyên khoa* \$65
- Tiền đồng trả Bệnh viện (cơ sở) \$250/ngày
- Tiền đồng bảo hiểm khác 10%

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:	
<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ	\$0
Đồng thanh toán	\$600
Đồng bảo hiểm	\$80
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$20
Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là	\$700

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 \$0
- [Tiền đồng trả](#) *Bác sĩ chuyên khoa* \$65
- Tiền đồng trả Bệnh viện (cơ sở) \$250/ngày
- [Tiền đồng bảo hiểm khác](#) 10%

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:	
<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Khoản khấu trừ	\$0
Đồng thanh toán	\$700
Đồng bảo hiểm	\$20
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ phải trả là	\$720

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