

 **Bản tóm tắt Quyền lợi và Bảo hiểm (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 cung cấp riêng.**

Đây chỉ là bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị, hoặc để nhận bản sao các điều khoản bảo hiểm đầy đủ, hãy gọi 1-877-851-9081. Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ phổ biến, chẳng hạn như số tiền được phép, thanh toán số dư, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp dịch vụ hoặc các thuật ngữ được gạch chân khác, hãy xem Bảng thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bảng thuật ngữ tại <http://cciiio.cms.gov/resources/files/Files2/02102012/uniform-glossary-final.pdf> hoặc gọi 1-877-851-9081 để yêu cầu một bản sao.

Câu hỏi quan trọng	Câu trả lời	Tại sao điều này lại quan trọng:
Tổng số <u>tiền khấu trừ</u> là bao nhiêu?	\$0	Xem bảng Biến cố y tế thường gặp dưới đây để biết chi phí của quý vị cho các dịch vụ mà <u>chương trình</u> này bao trả.
Quý vị có được bao trả dịch vụ nào trước khi đạt tới <u>số tiền khấu trừ</u> của mình không?	Không.	Quý vị sẽ phải đáp ứng <u>tiền khấu trừ</u> thì <u>chương trình</u> mới bắt đầu chi trả cho bất kỳ dịch vụ nào.
Có <u>tiền khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không phải đáp ứng <u>tiền khấu trừ</u> cho các dịch vụ cụ thể.
<u>Giới hạn số tiền xuất túi</u> cho <u>chương trình</u> này là bao nhiêu?	Không áp dụng.	<u>Chương trình</u> này không có <u>giới hạn tiền xuất túi</u> cho các chi phí của quý vị.
Những gì không bao gồm trong <u>giới hạn tiền xuất túi</u> ?	Không áp dụng.	<u>Chương trình</u> này không có <u>giới hạn tiền xuất túi</u> cho các chi phí của quý vị.
Quý vị có chi trả ít hơn nếu sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Truy cập www.aetna.com hoặc gọi 1-800-233-6697 để biết danh sách <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> .	<u>Chương trình</u> này sử dụng một <u>mạng lưới</u> nhà cung cấp. Quý vị sẽ chi trả ít hơn nếu sử dụng <u>nhà cung cấp</u> trong <u>mạng lưới</u> của chương trình. Quý vị sẽ phải chi trả nhiều nhất nếu sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ <u>nhà cung cấp</u> cho khoản chênh lệch giữa phí của nhà cung cấp và số tiền <u>chương trình</u> của quý vị chi trả (<u>thanh toán số dư</u>). Xin lưu ý 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 xét nghiệm). Kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi quý vị được cung cấp dịch vụ.
Quý vị có cần giấy <u>giới thiệu</u> để gặp <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?	Không.	Quý vị có thể gặp <u>bác sĩ chuyên khoa</u> mà quý vị chọn mà không cần <u>giấy giới thiệu</u> .



Tất cả [tiền đồng trả](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#) được nêu trong bảng này là sau khi đạt được [số tiền khấu trừ](#) của quý vị, nếu có áp dụng [tiền khấu trừ](#).

Biến cố y tế thường gặp	Các dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ phải chi trả những gì		Giới hạn, Ngoại lệ và 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 văn phòng hoặc phòng khám nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị thương tích hoặc bệnh tật	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Chăm sóc phòng ngừa / sàng lọc / chủng ngừa	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
Nếu quý vị làm xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp x-quang, xét nghiệm máu)	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Chẩn đoán hình ảnh (chụp CT/PET, MRI)	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh hoặc tình trạng của mình Thông tin thêm về bảo hiểm thuốc theo toa có tại www.[insert].com	Thuốc gốc	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Thuốc biệt dược ưu tiên	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Thuốc đặc trị	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
Nếu quý vị phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật cấp cứu)	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Vận chuyển cấp cứu	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Chăm sóc khẩn cấp	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh viện)	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không được bao trả	Không được bao trả	_____ Không có _____

Biến cố y tế thường gặp	Các dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ phải chi trả những gì		Giới hạn, Ngoại lệ và 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 cần các dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Dịch vụ nội trú	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
Nếu quý vị đang mang thai	Thăm khám tại văn phòng	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh nở	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Dịch vụ tại cơ sở sinh con/sinh nở	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
Nếu quý vị cần trợ giúp phục hồi sức khỏe hoặc có nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại nhà	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Thiết bị y tế sử dụng lâu dài	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
Nếu con quý vị cần chăm sóc răng hoặc mắt	Khám mắt cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Kính cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————
	Khám răng cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	————— Không có —————

Các dịch vụ bị loại trừ & các dịch vụ được bao trả khác:

Các dịch vụ mà **chương trình** của quý vị 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 **các dịch vụ bị loại trừ** khác.)

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Các dịch vụ tư vấn vượt quá số buổi tư vấn trực tiếp được chương trình bao trả• Tòa án đã ra phán quyết điều trị hoặc trị liệu, hoặc bất kỳ biện pháp điều trị hoặc trị liệu nào được phán quyết như một điều kiện phóng thích sớm, quản chế, giám hộ hoặc đánh giá thẩm viếng, hoặc được chi trả theo khoản bồi thường cho người lao động | <ul style="list-style-type: none">• Tính phù hợp cho việc đánh giá nhiệm vụ được sử dụng để đánh giá liệu nhân viên có thể thực hiện nhiệm vụ của mình một cách an toàn hay không, chẳng hạn như kiểm tra tâm lý và báo cáo bằng văn bản• Đánh giá tâm lý chính thức thường liên quan đến kiểm tra tâm lý và dẫn đến báo cáo bằng văn bản• Điều trị nội trú dưới bất kỳ hình thức nào, hoặc điều trị ngoại trú cho bất kỳ bệnh nào được điều trị y tế | <ul style="list-style-type: none">• Tư vấn đầu tư (không phải chương trình cho vay tiền hoặc thanh toán hóa đơn)• Đại diện pháp lý tại tòa án, chuẩn bị các tài liệu pháp lý hoặc tư vấn trong các lĩnh vực thuế, bằng sáng chế hoặc nhập cư• Thuốc theo toa• Dịch vụ bác sĩ tâm thần học• Các dịch vụ của chuyên gia tư vấn không phải là nhà cung cấp tham gia chương trình |
|---|---|---|

Các dịch vụ được bao trả khác (Có thể áp dụng giới hạn cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu **chương trình** của quý vị.)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Buổi tư vấn trực tiếp với nhà cung cấp EAP• Dịch vụ cân bằng công việc và cuộc sống trực tuyến | <ul style="list-style-type: none">• Đánh giá và giới thiệu qua điện thoại không giới hạn | <ul style="list-style-type: none">• Các chi phí được bao trả theo chương trình EAP do hãng sở của quý vị tài trợ |
|---|--|--|

Quyền tiếp tục được bảo hiểm của quý vị: Có những cơ quan có thể hỗ trợ nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm của quý vị kết thúc. Thông tin liên lạc của các cơ quan đó là Bộ Lao động Hoa Kỳ, Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên theo số 1-866-444-3272 hoặc www.dol.gov/ebsa. Cũng có thể có những lựa chọn bảo hiểm khác dành cho quý vị, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Health Insurance Marketplace. Để biết thêm thông tin về Marketplace, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi 1-800-318-2596.

Quyền phàn nàn và kháng nghị của quý vị: Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị khiếu nại về **chương trình** của mình do bị từ chối **yêu cầu chi trả quyền lợi**. Khiếu nại này được gọi là **phàn nàn** hoặc **kháng nghị**. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được cho **yêu cầu chi trả quyền lợi** y tế đó. Tài liệu **chương trình** của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách nộp **yêu cầu chi trả quyền lợi**, **kháng nghị**, hoặc **phàn nàn** vì bất cứ lý do gì đối với **chương trình** của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc cần được trợ giúp, hãy liên lạc với: 1-855-812-9333 hoặc gửi thư tới:

Employee Assistance Program
151 Farmington Ave, Appeals 1250
Hartford, CT 06156
Mail Code: RS32

Chương trình này có cung cấp Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu không? Không.

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

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

Nếu [chương trình](#) của quý vị không đáp ứng [Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu](#), quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng [tín dụng phí bảo hiểm](#) để giúp quý vị chi trả cho một [chương trình](#) thông qua [Marketplace](#).

Dịch vụ tiếp cận ngôn ngữ:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-877-851-9081**.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-877-851-9081**.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-877-851-9081**.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-877-851-9081**.]

—————[Để xem các ví dụ về cách thức chương trình này có thể bao trả các chi phí cho một trường hợp y tế mẫu, hãy xem phần tiếp theo.](#)—————

Tuyên bố Tiết lộ thông tin PRA: Theo Đạo luật Giám sát thủ tục giấy tờ năm 1995, không ai phải trả lời phiếu thu thập thông tin trừ khi có hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho phiếu thu thập thông tin này là **0938-1146**. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này ước tính trung bình là **0.08** giờ cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem lại hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem lại phiếu thu thập thông tin. Nếu quý vị có nhận xét liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất 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.

 Đây không phải là một công thức ước tính chi phí. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách [chương trình](#) này có thể bao trả dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá được tính bởi [nhà cung cấp](#) của quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào khoản [chia sẻ chi phí](#) ([tiền khấu trừ](#), [tiền đồng trả](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#)) và [các dịch vụ bị loại trừ](#) theo [chương trình](#). Dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể chi trả theo các [chương trình](#) bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý những ví dụ về bảo hiểm này được đưa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

(9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)

- | | |
|--|---------------|
| ■ Tổng <u>số tiền khấu trừ</u> của <u>chương trình</u> | Không áp dụng |
| ■ <u>Bác sĩ chuyên khoa</u> | Không áp dụng |
| ■ Bệnh viện (cơ sở) | Không áp dụng |
| ■ Khác | Không áp dụng |

Khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa (*chăm sóc tiền sản*)
 Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh nở
 Dịch vụ tại cơ sở sinh con/sinh nở
 Xét nghiệm chẩn đoán (*siêu âm và xét nghiệm máu*)
 Khám với bác sĩ chuyên khoa (*gây mê*)

Tổng chi phí ví dụ	\$12,700
Trong ví dụ này, Peg sẽ trả: Tình trạng này không được bao trả vì vậy bệnh nhân chi trả 100%.	
<i>Khoản chia sẽ chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	Không áp dụng
Tiền đồng trả	Không áp dụng
Tiền đồng bảo hiểm	Không áp dụng
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$12,700
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$12,700

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

- | | |
|--|---------------|
| ■ Tổng <u>số tiền khấu trừ</u> của <u>chương trình</u> | Không áp dụng |
| ■ <u>Bác sĩ chuyên khoa</u> | Không áp dụng |
| ■ Bệnh viện (cơ sở) | Không áp dụng |
| ■ Khác | Không áp dụng |

Khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính (*bao gồm hướng dẫn về bệnh tật*)
 Xét nghiệm chẩn đoán (*xét nghiệm máu*)
 Thuốc theo toa
 Thiết bị y tế sử dụng lâu dài (*máy đo đường huyết*)

Tổng chi phí ví dụ	\$5,600
Trong ví dụ này, Joe sẽ trả: Tình trạng này không được bao trả vì vậy bệnh nhân chi trả 100%.	
<i>Khoản chia sẽ chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	Không áp dụng
Tiền đồng trả	Không áp dụng
Tiền đồng bảo hiểm	Không áp dụng
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$5,600
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$5,600

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

- | | |
|--|---------------|
| ■ Tổng <u>số tiền khấu trừ</u> của <u>chương trình</u> | Không áp dụng |
| ■ <u>Bác sĩ chuyên khoa</u> | Không áp dụng |
| ■ Bệnh viện (cơ sở) | Không áp dụng |
| ■ Khác | Không áp dụng |

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm vật tư y tế)
 Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang)
 Thiết bị y tế sử dụng lâu dài (nặng)
 Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

Tổng chi phí ví dụ	\$2,800
Trong ví dụ này, Mia sẽ trả: Tình trạng này không được bao trả, vì vậy bệnh nhân chi trả 100%.	
<i>Khoản chia sẽ chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	Không áp dụng
Tiền đồng trả	Không áp dụng
Tiền đồng bảo hiểm	Không áp dụng
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$2,800
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$2,800

Chương trình sẽ chịu trách nhiệm cho các chi phí khác của các dịch vụ được bao trả Ví DỤ này.