



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 1-800-238-3488. 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 <https://www.healthcare.gov/sbcglossary> hoặc bằng cách gọi 1-800-238-3488 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?	Đối với <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> \$750 cá nhân / \$1,500 gia đình; đối với <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> \$1,500 cá nhân / \$3,000 gia đình	Nói chung, quý vị phải thanh toán tất cả chi phí từ các <u>nhà cung cấp</u> tới khi đạt được số <u>tiền khấu trừ</u> thì <u>chương trình</u> này mới bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có các thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> , mỗi thành viên trong gia đình phải đáp ứng số <u>tiền khấu trừ</u> cá nhân của riêng họ cho đến khi tổng chi phí <u>tiền khấu trừ</u> do tất cả các thành viên trong gia đình chi trả đáp ứng tổng số <u>tiền khấu trừ</u> của gia đình.
Quý vị có được bao trả dịch vụ nào trước khi đạt tới <u>số tiền khấu trừ</u> của mình không?	Có. Dịch vụ <u>chăm sóc phòng ngừa</u> được bao trả trước khi quý vị đạt tới <u>số tiền khấu trừ</u> .	<u>Chương trình</u> này bao trả một số hạng mục và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đáp ứng <u>số tiền khấu trừ</u> . Nhưng có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> hoặc <u>tiền đồng bảo hiểm</u> . Ví dụ: <u>chương trình</u> này bao trả một số <u>dịch vụ phòng ngừa</u> nhất định mà không mất <u>tiền đồng trả</u> và trước khi quý vị đạt <u>số tiền khấu trừ</u> của mình. Xem danh sách <u>dịch vụ phòng ngừa</u> được bao trả tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Có <u>tiền khấu trừ</u> nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Có. Tiền khấu trừ \$50 cá nhân / \$100 gia đình cho bảo hiểm thuốc theo toa bán lẻ.	Quý vị phải thanh toán tất cả chi phí cho các dịch vụ này tới khi đạt được số tiền <u>khấu trừ</u> ; cụ thể thì <u>chương trình</u> này mới bắt đầu chi trả cho các dịch vụ này.
<u>Giới hạn số tiền xuất túi</u> cho <u>chương trình</u> này là bao nhiêu?	Y tế: Đối với <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> \$3,000 cá nhân / \$6,000 gia đình; đối với <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> \$6,000 cá nhân / \$12,000 gia đình. Thuốc theo toa: \$2,000 cá nhân / \$4,000 gia đình	<u>Giới hạn tiền xuất túi</u> là số tiền tối đa quý vị có thể chi 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</u> này, họ phải đáp ứng <u>giới hạn tiền xuất túi</u> của riêng họ cho tới khi đạt được tổng <u>giới hạn tiền xuất túi</u> của gia đình.
Những gì không bao gồm trong <u>giới hạn tiền xuất túi</u>?	Phí bảo hiểm, khoản phí chênh lệch, tiền phạt do không xin chấp thuận trước đối với các dịch vụ và chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không bao trả, <u>tiền đồng trả</u> ngoài mạng lưới. Một số loại thuốc của nhà thuốc chuyên khoa được coi là quyền lợi y tế không cấp thiết và nằm ngoài giới hạn tiền xuất túi. Chi phí của các loại thuốc này (mặc dù được nhà sản xuất bồi hoàn miễn phí cho quý vị) sẽ không được áp dụng để đáp ứng số mức xuất túi tối đa của quý vị.	Mặc dù quý vị chi trả các chi phí này, nhưng chúng không được tính vào <u>giới hạn tiền xuất túi</u> .
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 1-800-238-3488 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 của chương trình</u> . 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	\$30 tiền đồng trả / lần khám, miễn tiền khấu trừ	40% tiền đồng bảo hiểm	Áp dụng cho tất cả các bác sĩ trong mạng lưới chuyên về nội khoa, nhi khoa, thực hành gia đình và y khoa tổng quát. \$15 đồng thanh toán cho các dịch vụ Chăm sóc Trực tuyến của Aetna.
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	\$40 tiền đồng trả / lần khám, miễn tiền khấu trừ	40% tiền đồng bảo hiểm	———— Không có ————
	Chăm sóc phòng ngừa / sàng lọc / chủng ngừa	Miễn phí, miễn tiền khấu trừ	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể áp dụng lịch trình theo độ tuổi và tần suất
Nếu quý vị làm xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp x-quang, xét nghiệm máu)	Miễn phí cho phòng xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú sau khi đã khấu trừ	40% tiền đồng bảo hiểm	Trong mạng lưới: 20% tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ chụp X-quang và xét nghiệm chẩn đoán nội trú.
	Chẩn đoán hình ảnh (chụp CT/PET, MRI)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	———— 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.health.aetna.com	Thuốc gốc	20% tiền đồng bảo hiểm (bán lẻ), tối thiểu \$10, \$20 tiền đồng trả (đặt hàng qua đường bưu điện)	100% chi phí bán lẻ (bán lẻ), không được bao trả (đặt hàng qua đường bưu điện)	Phạm vi bao trả được giới hạn ở lượng thuốc dùng trong 30 ngày (bán lẻ) và lượng thuốc dùng trong 90 ngày (đặt hàng qua đường bưu điện). Giới hạn tiền xuất túi: \$1,500 cá nhân / \$3,000 gia đình. Có thể nộp yêu cầu bồi thường đối với nhà thuốc bán lẻ để được bồi hoàn. Chương trình của quý vị sử dụng danh sách thuốc ưu tiên để xác định tình trạng của các loại thuốc được bao trả. Một số loại thuốc có thể cần chấp thuận trước .
	Thuốc biệt dược ưu tiên	20% tiền đồng bảo hiểm (bán lẻ), tối thiểu \$30, \$60 tiền đồng trả (đặt hàng qua đường bưu điện)	100% chi phí bán lẻ (bán lẻ), không được bao trả (đặt hàng qua đường bưu điện)	Nếu không được chấp thuận trước , thuốc có thể không được bao trả. Quý vị chi trả khoản chênh lệch chi phí nếu yêu cầu một loại thuốc biệt dược thay vì thuốc gốc
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	20% tiền đồng bảo hiểm (bán lẻ), tối thiểu \$60, \$120 tiền đồng trả (đặt hàng qua đường bưu điện)	100% chi phí bán lẻ (bán lẻ), không được bao trả (đặt hàng qua đường bưu điện)	

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)	
	Thuốc đặc trị	Chi phí của quý vị thay đổi tùy thuộc vào thuốc gốc, thuốc biệt dược ưu tiên hoặc thuốc biệt dược không ưu tiên.	100% chi phí bán lẻ (bán lẻ), không được bao trả (đặt hàng qua đường bưu điện)	tương đương. Sau khi mua toa thuốc 2 lần tại nhà thuốc bán lẻ, quý vị chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí, không có giới hạn tiền xuất túi .
Nếu quý vị phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật cấp cứu)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	———— Không có ————
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	———— Không có ————
Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	\$150 đồng thanh toán + 20% đồng bảo hiểm	\$150 đồng thanh toán + 20% đồng bảo hiểm	Sử dụng phòng cấp cứu trong trường hợp không khẩn cấp không được bao trả. Miễn khoản đồng thanh toán phòng cấp cứu nếu được nhập viện.
	Vận chuyển cấp cứu	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	———— Không có ————
	Chăm sóc khẩn cấp	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Sử dụng trong trường hợp không khẩn cấp không được bao trả.
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh viện)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm sau khi khấu trừ và \$250 tiền đồng trả mỗi lần nhập viện	Cần được chấp thuận trước đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quyền lợi sẽ giảm \$300 nếu không được chấp thuận trước .
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	———— Không có ————
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	\$30 tiền đồng trả mỗi lần khám, miễn tiền khấu trừ	40% tiền đồng bảo hiểm	———— Không có ————
	Dịch vụ nội trú	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Cần được chấp thuận trước đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quyền lợi sẽ giảm \$300 nếu không được chấp thuận trước .
Nếu quý vị đang mang thai	Thăm khám tại văn phòng	Trước sinh: Miễn phí Sau sinh: 20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Sẽ áp dụng \$40 tiền đồng trả cho các lần thăm khám xét nghiệm thai OBGYN ban đầu. Các lần khám thai bổ sung sẽ được bao trả 100%.

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)	
	Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh nở	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	———— Không có ————
	Dịch vụ tại cơ sở sinh con/sinh nở	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	———— 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	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Bảo hiểm được giới hạn ở 60 lần khám. Cần được chấp thuận trước đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quyền lợi sẽ giảm \$300 nếu không được chấp thuận trước .
	Dịch vụ phục hồi chức năng	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	90 lần thăm khám/năm cho dịch vụ Vật lý trị liệu, Trị liệu nghề nghiệp và Trị liệu Âm ngữ. Cần được chấp thuận trước đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quyền lợi sẽ giảm \$300 nếu không được chấp thuận trước .
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Không được bao trả	Không được bao trả	———— Không có ————
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm sau khi khấu trừ và \$250 tiền đồng trả mỗi lần nhập viện	Bảo hiểm được giới hạn ở 120 ngày mỗi năm dương lịch. Cần được chấp thuận trước đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quyền lợi sẽ giảm \$300 nếu không được chấp thuận trước .
	Thiết bị y tế sử dụng lâu dài	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Không bao gồm hoán cải xe, sửa nhà, tập thể dục và thiết bị phòng tắm
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	20% tiền đồng bảo hiểm	Nội trú: 40% tiền đồng bảo hiểm sau khi khấu trừ và \$250 tiền đồng trả mỗi lần nhập viện; Ngoại trú: 40% tiền đồng bảo hiểm	Cần được chấp thuận trước đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quyền lợi sẽ giảm \$300 nếu không được chấp thuận trước .
Nếu con quý vị cần chăm sóc răng hoặc mắt	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí	40% tiền đồng bảo hiểm	Bảo hiểm được giới hạn ở 1 lần khám thị lực định kỳ mỗi 24 tháng liên tiếp.
	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.)

- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Nha khoa (Người lớn)
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc không khẩn cấp khi đi ra khỏi lãnh thổ Hoa Kỳ
- Chăm sóc bàn chân định kỳ
- Chương trình giảm cân

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.)

- Phẫu thuật giảm béo
- Chăm sóc trị liệu thần kinh cột sống
- Châm cứu
- Điều trị vô sinh (được WINFertility bao trả)
- Điều dưỡng riêng
- Máy trợ thính
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)
- Chụp nhũ ảnh

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 những cơ quan đó là: [điền Tiểu bang, HHS, DOL và/hoặc thông tin liên lạc khác của cơ quan phù hợp]. 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: Aetna theo số 1-800-233-6697, Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên của Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Ngoài ra, một chương trình hỗ trợ người tiêu dùng có thể giúp quý vị nộp đơn kháng nghị. Thông tin liên hệ có tại địa chỉ <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/member-guidelines/complaints-grievances-appeals.html> hoặc tại Văn phòng Luật sư Chăm sóc Sức khỏe Connecticut P.O. Box 1543 Hartford, CT 06144 (866) 466-4446 www.ct.gov/oha healthcare.advocate@ct.gov. *Đối với các phàn nàn và kháng nghị liên quan đến bảo hiểm thuốc của quý vị, hãy gọi đến số điện thoại ở mặt sau thẻ quyền lợi thuốc theo toa của quý vị hoặc truy cập www.express-scripts.com.

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

Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu thường bao gồm **các chương trình**, **bảo hiểm y tế** được cung cấp thông qua [Marketplace](#) hoặc các hợp đồng bảo hiểm thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại **Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu**, quý vị có thể không đủ điều kiện hưởng **tín dụng thuế phí bảo hiểm**.

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

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 **1-800-238-3488**.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-800-238-3488**.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码**1-800-238-3488**.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' holne' **1-800-238-3488**.]

————— *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.

Giới thiệu về những ví dụ về Bảo hiểm này:



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.

Peg sắp có con

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

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) là \$750
- [Tiền đồng trả](#) cho [bác sĩ chuyên khoa](#) \$40
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) cho bệnh viện (cơ sở) 20%
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác 20%

Trường hợp Ví DỤ này bao gồm những dịch vụ như:

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:

<i>Khoản chia sẻ chi phí</i>	
------------------------------	--

Tiền khấu trừ*	\$800
Tiền đồng trả	\$0
Tiền đồng bảo hiểm	\$2,100

<i>Những gì không được bao trả</i>	
------------------------------------	--

Các giới hạn hoặc loại trừ	\$60
----------------------------	------

Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$2,960
-----------------------------------	----------------

Kiểm soát bệnh tiểu đường loại 2 của Joe

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

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) là \$750
- [Tiền đồng trả](#) cho [bác sĩ chuyên khoa](#) \$40
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) cho bệnh viện (cơ sở) 20%
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác 20%

Trường hợp Ví DỤ này bao gồm những dịch vụ như:

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:

<i>Khoản chia sẻ chi phí</i>	
------------------------------	--

Tiền khấu trừ*	\$800
Tiền đồng trả	\$300
Tiền đồng bảo hiểm	\$700

<i>Những gì không được bao trả</i>	
------------------------------------	--

Các giới hạn hoặc loại trừ	\$20
----------------------------	------

Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$1,820
-----------------------------------	----------------

Tình trạng gãy xương nhẹ của Mia

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

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) là \$750
- [Tiền đồng trả](#) cho [bác sĩ chuyên khoa](#) \$40
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) cho bệnh viện (cơ sở) 20%
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác 20%

Trường hợp Ví DỤ này bao gồm những dịch vụ như:

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 (*nạng*)

Dịch vụ phục hồi chức năng (*vật lý trị liệu*)

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

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

<i>Khoản chia sẻ chi phí</i>	
------------------------------	--

Tiền khấu trừ	\$800
Tiền đồng trả	\$100
Tiền đồng bảo hiểm	\$300

<i>Những gì không được bao trả</i>	
------------------------------------	--

Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
----------------------------	-----

Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$1,200
-----------------------------------	----------------

*Lưu ý: [Chương trình](#) này có [khoản tiền khấu trừ](#) khác cho các dịch vụ cụ thể được bao gồm trong ví dụ bảo hiểm này. Xem “[Có tiền khấu trừ nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?](#)”

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

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