



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. SBC cho quý vị biết cách chia sẻ chi phí giữa quý vị và chương trình đối với 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 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 quát là gì?	\$0	Xem bảng Những Trường Hợp Y Khoa Thường Gặp bên dưới để biết chi phí dịch vụ của quý vị được <u>chương trình</u> này bao trả.
Có dịch vụ nào được bao trả trước khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ không?	Không áp dụng.	<u>Chương trình</u> 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 <u>đồng thanh toán</u> hoặc <u>đồng bảo hiểm</u> . Ví dụ: <u>chương trình</u> bảo hiểm này bao trả cho một số <u>dịch vụ phòng ngừa</u> nhất định mà không cần <u>chia sẻ chi phí</u> và trước khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ . Xem danh sách các <u>dịch vụ phòng ngừa</u> 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 khấu trừ đối với các dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí xuất túi của chương trình bảo hiểm này là bao nhiêu?	\$1,200 Cá Nhân/\$2,400 Gia Đình	<u>Mức giới hạn của chi phí xuất túi</u> là khoản tiền lớn nhất mà quý vị phải thanh toán trong một năm đối với các dịch vụ được bao trả. Nếu các thành viên khác trong gia đình quý vị có tham gia <u>chương trình bảo hiểm</u> này thì họ phải đạt đến <u>mức giới hạn chi phí xuất túi</u> của riêng mình cho đến khi đạt đến <u>mức giới hạn chi phí xuất túi</u> tổng thể của gia đình.
Những hạng mục nào không được tính vào mức giới hạn chi phí xuất túi ?	Phí bảo hiểm, <u>tiền thanh toán khoản chênh lệch</u> , dịch vụ y tế mà <u>chương trình bảo hiểm</u> 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 <u>mức giới hạn của chi phí xuất túi</u> .
Có phải quý vị sẽ trả ít tiền hơn nếu sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới không?	Được. Truy cập trang www.kp.org hoặc gọi số 1-888-901-4636 (TTY: 711) để xem danh sách các <u>nhà cung cấp</u> trong mạng lưới.	<u>Chương trình bảo hiểm</u> này sử dụng một mạng lưới các nhà cung cấp. Quý vị sẽ trả tiền ít hơn nếu sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới của <u>chương trình</u> . Quý vị sẽ trả nhiều tiền nhất nếu sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ một <u>nhà cung cấp</u> đối với số tiền chênh lệch giữa số tiền <u>nhà cung cấp</u> đó tính phí và số tiền mà <u>chương trình bảo hiểm</u> của quý vị chi trả (<u>thanh toán khoản chênh lệch</u>). Quý vị cần biết rằng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> 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 <u>bác sĩ chuyên khoa</u> nhất định.	<u>Chương trình</u> này sẽ trả một phần hoặc tất cả các chi phí thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> cho các dịch vụ được bao trả nhưng chỉ khi nào quý vị có <u>giấy giới thiệu</u> trước khi đến gặp <u>bác sĩ chuyên khoa</u> đó.



Tất cả [các chi phí đồng thanh toán](#) và [đồng bảo hiểm](#) được hiển thị trong bảng này là sau khi đã đạt hạn mức tiền [khấu trừ](#) của quý vị, nếu [có áp dụng](#) tiền 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
		Nơi Chăm Sóc Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị đến khám bệnh tại phòng mạch hoặc y viện của bác sĩ	Đến bác sĩ gia đình để chữa bệnh hoặc điều trị thương tích	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Không có
	Đến bác sĩ chuyên khoa	\$15/lần thăm khám	Không đài thọ	Không có
	Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc /chích ngừa	Không phải trả tiền	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 chi trả.
Nếu quý vị thử nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (x-quang, thử máu)	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Không có
	Rọi hình (chụp CT/PET, MRI)	\$50/lần thăm khám	Không đài thọ	Phải có sự chấp thuận trước , nếu không sẽ không được bao trả.
Nếu quý vị cần dùng thuốc để trị bệnh hoặc cho tình trạng bệnh Để biết thêm thông tin về bảo hiểm thuốc kê toa , truy cập trang www.kp.org/formulary	Thuốc có giá căn bản	\$4 (bán lẻ);	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 gốc ưu tiên (Bậc 1)	\$8 (bán lẻ); Giảm \$5 đối với phần chi phí bán lẻ (đặt hàng qua đường bưu điện)/toa thuốc		
	Thuốc gốc ưu tiên (Bậc 2)	\$25 (bán lẻ); giảm \$5 đối với phần chi phí bán lẻ (đặt hàng qua đường bưu điện)/toa thuốc	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 (Bậc 3)	Không đài thọ	Không đài thọ	Không có
	Thuốc đặc trị	Áp dụng chia sẻ chi phí đối với thuốc gốc ưu tiên áp dụng hoặc thuốc biệt dược ưu tiên.	Không đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày (bán lẻ). Tuân theo hướng dẫn về danh mục thuốc, 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	Không đài thọ	Không có
	Tiền phải trả cho y sĩ/bác sĩ	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Phí cho bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật được tính vào

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
		Nơi Chăm Sóc Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
	giải phẫu			Tiền phải trả cho cơ sở.
Nếu quý vị cần cấp cứu	Dịch vụ chăm sóc trong phòng cấp cứu	\$200/lần thăm khám	\$200/lần thăm khám	Quý vị phải thông báo cho Kaiser Permanente trong vòng 24 giờ nếu được tiếp nhận bởi một nhà cung cấp <u>Ngoài Mạng Lưới</u> ; chỉ dành cho cấp cứu ban đầu. <u>Quý vị được miễn khoản đồng thanh toán</u> nếu nhập viện trực tiếp dưới diện bệnh nhân nội trú.
	Phương tiện chuyên chở khẩn cấp	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không có
	Chăm sóc cấp bách	Không phải trả tiền	\$200/lần thăm khám	Đài thọ cho các nhà cung cấp <u>ngoài mạng lưới</u> nếu tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ.
Nếu quý vị phải ở lại trong bệnh viện	Tiền phải trả cho cơ sở (nghĩa là, tiền phòng bệnh viện)	\$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó Miễn Phí	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	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Phí cho bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật được tính vào Tiền phải trả cho cơ sở. <u>Phải có sự 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	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Không có
	Các dịch vụ nội trú	\$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó Miễn Phí	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	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Tùy theo loại dịch vụ mà có thể áp dụng một khoản <u>đồng thanh toán</u> , <u>đồng bảo hiểm</u> hoặc <u>khoản khấu trừ</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).
	Dịch vụ hộ sinh/đỡ đẻ chuyên nghiệp	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Dịch vụ chuyên môn được tính vào Dịch vụ cơ sở. 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 sinh đẻ/hộ sinh tại cơ sở	\$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó Miễn Phí	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

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
		Nơi Chăm Sóc Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
				sinh sẽ tính riêng với chi phí của người mẹ.
Nếu quý vị cần giúp phục hồi hoặc có nhu cầu đặc biệt khác về sức khỏe	Chăm sóc sức khỏe tại nhà	Không phải trả tiền	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: Không phải trả tiền Nội trú: \$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó Miễn Phí	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 sự <u>cho phép trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Dịch vụ trợ giúp chức năng	Điều trị ngoại trú: Không phải trả tiền Nội trú: \$100/ngày, tối đa \$500/lần nhập viện, sau đó Miễn Phí	Không đài thọ	Tính chung với dịch vụ Phục Hồi 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 sự <u>cho phép trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Y tá chuyên môn	Không phải trả tiền	Không đài thọ	Giới hạn 60 ngày/năm. <u>Phải có sự chấp thuận trước</u> , nếu không sẽ không được bao trả.
	Dụng cụ y khoa loại bền	50% <u>đồng bảo hiểm</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	Không phải trả tiền	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 răng hoặc mắt	Kiểm tra mắt cho trẻ nhỏ	Không thu phí kiểm tra khúc xạ	Không đài thọ	Giới hạn 1 lần thăm khám/12 tháng
	Kính mắt cho trẻ nhỏ	Miễn phí, khoản <u>khấu trừ</u> không được áp dụng.	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 Không Được Đài Thọ & Những Dịch Vụ Khác Được Đài Thọ:

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.)

- Giải phẫu thẩm mỹ - Chăm sóc răng (Người lớn và trẻ em) - Máy trợ thính	- Chăm sóc dài hạn - Chăm sóc không khẩn cấp khi du lịch ngoài Hoa Kỳ - 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.)

- Chăm cứu (giới hạn 20 lần thăm khám/năm)
- Giải phẫu bệnh mật phi
- Chăm sóc nắn khớp xương (giới hạn 20 lần thăm khám/năm)
- Điều trị hiểm muộn (hạn mức quyền lợi y tế \$50,000; hạn mức thuốc \$35,000/trọn đời)
- Chăm sóc mắt theo định kỳ (Người lớn)

Quyền Tiếp Tục Tham Gia Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan có thể giúp quý vị nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của quý vị sau khi nó kết thúc. Thông tin liên hệ các cơ quan đó có ghi trong bảng dưới đây. Quý vị cũng có thể có các lựa chọn bảo hiểm khác dành cho quý vị, 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 Phàn và Khiếu Nại: Có các cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị có phàn nàn về chương trình của mình khi bị từ chối yêu cầu bồi thường. 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 về 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 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 Phàn và Kháng Cáo của Quý Vị:

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

Chương trình này có cung cấp Mức Đãi Thọ Thiết Yếu Tối Thiểu không? Có

Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu thường bao gồm các [chương trình](#), [bảo hiểm sức khỏe](#) có trên [Thị Trường](#) hoặc các hợp đồng bảo hiểm thuộc thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, 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 bảo phí để giúp quý vị 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): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

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

Giới thiệu về mức Đài Thọ Cho Ví Dụ Mẫu này:



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](#) (tiền 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 bảo hiểm](#) y tế khác nhau. Vui lòng nhớ rằng những ví dụ về bảo hiểm này được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

Peg Sắp Sinh Con

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

■ Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình bảo hiểm	\$0
■ Đồng thanh toán cho dịch vụ chuyên khoa	\$15
■ Đồng thanh toán cho bệnh viện (cơ sở)	\$100
■ Đồng bảo hiểm khác (xét nghiệm máu)	\$0

Sự việc trong Ví DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa tại văn phòng (chăm sóc tiền sản)
 Dịch vụ hộ sinh/dỡ đẻ chuyên nghiệp
 Dịch Vụ Sinh Đẻ/Hộ Sinh Tại Cơ Sở
 Xét nghiệm chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)
 Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa (gây mê)

Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$12,700
--------------------------------	-----------------

Trong ví dụ này, Peg sẽ phải thanh toán:

<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$0
Khoản đồng thanh toán	\$200
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
<i>Dịch vụ không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc không đài thọ	\$20
Tổng số tiền mà Peg sẽ phải thanh toán là	\$220

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)

■ Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình bảo hiểm	\$0
■ Đồng thanh toán cho dịch vụ chuyên khoa	\$15
■ Đồng thanh toán cho bệnh viện (cơ sở)	\$100
■ Đồng bảo hiểm khác (xét nghiệm máu)	\$0

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 (bao gồm cả hướng dẫn về bệnh)
 Xét nghiệm chẩn đoán (xét nghiệm máu)
 Thuốc có toa
 Thiết bị y tế sử dụng lâu dài (máy đo đường huyết)

Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$5,600
--------------------------------	----------------

Trong ví dụ này, Joe sẽ phải thanh toán:

<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$0
Khoản đồng thanh toán	\$600
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
<i>Dịch vụ không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc không đài thọ	\$0
Tổng số tiền mà Joe sẽ phải thanh toán là	\$600

Điều Trị Gãy Xương Kín cho Mia

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

■ Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình bảo hiểm	\$0
■ Đồng thanh toán cho dịch vụ chuyên khoa	\$15
■ Đồng thanh toán cho bệnh viện (cơ sở)	\$100
■ Đồng bảo hiểm khác (chụp X-quang)	\$0

Sự việc trong Ví DỤ này bao gồm các 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 chống)
 Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

Tổng Chi Phí theo Ví Dụ	\$2,800
--------------------------------	----------------

Trong ví dụ này, Mia sẽ phải thanh toán:

<i>Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$0
Khoản đồng thanh toán	\$400
Tiền đồng bảo hiểm	\$300
<i>Dịch vụ không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc không đài thọ	\$0
Tổng số tiền mà Mia sẽ phải thanh toán là	\$700

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