



Cá Nhân và Gia Đình

PPO

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE



Để nhận báo giá và đăng ký, hãy liên hệ người môi giới của quý vị hoặc truy cập blueshieldca.com/getblue.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE PPO

Nhận dịch vụ chăm sóc theo các điều kiện của riêng quý vị với chương trình Blue Shield of California PPO (tổ chức nhà cung cấp được ưu tiên). Các chương trình này được thiết kế dành cho các thành viên muốn được tự lựa chọn bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà không cần giấy giới thiệu. Với trên 58,000 bác sĩ và 325 bệnh viện trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Độc Quyền Của Chương Trình PPO, các chương trình PPO của Blue Shield of California có thể cung cấp những lựa chọn và sự linh hoạt mà quý vị đang tìm kiếm. Để tìm bác sĩ trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Độc Quyền Của Chương Trình PPO trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập blueshieldca.com/networkifppo.

Chi phí dành cho các dịch vụ được bảo hiểm luôn ở mức thấp nhất khi sử dụng các nhà cung cấp thuộc mạng lưới. Tuy nhiên, các chương trình PPO sẽ thường chi trả chi phí một số dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp không tham gia Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Độc Quyền Của Chương Trình PPO của chúng tôi.

BẢO HIỂM SỨC KHỎE KHI QUÝ VỊ ĐI LẠI

Dù quý vị đi công tác hay đi du lịch, mọi chương trình Blue Shield PPO đều có BlueCard® và Blue Shield Global Core, cho quý vị quyền tiếp cận các dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp trên toàn bộ Hoa Kỳ cũng như khi đi ra nước ngoài.

NÓI CHUYỆN VỚI BÁC SĨ MỌI LÚC, MỌI NƠI

Teladoc cho quý vị tiếp cận 24/7/365 với mạng lưới quốc gia của các bác sĩ, bác sĩ nhi khoa và bác sĩ chuyên khoa tâm thần đã có chứng nhận từ hội đồng y khoa Hoa Kỳ, để nhận tư vấn về nhiều vấn đề y tế và sức khỏe tâm thần khác nhau, và cũng có thể kê một số toa thuốc qua điện thoại hoặc tư vấn video trực tuyến. Không có khoản đồng thanh toán cho dịch vụ này và dịch vụ có sẵn trước khi đáp ứng khoản khấu trừ y tế trên hầu hết các chương trình (ngoại trừ các chương trình HDHP).

HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Có thể quý vị có đủ điều kiện để nhận trợ giúp tài chính trong việc chi trả phí bảo hiểm hàng tháng cho bất kỳ chương trình bảo hiểm Blue Shield nào thông qua Covered California (ngoại trừ chương trình Minimum Coverage PPO)*. Truy cập blueshieldca.com/assistance để kiểm tra khả năng đủ điều kiện của quý vị, hoặc liên hệ với người môi giới hoặc Blue Shield để được hướng dẫn xuyên suốt quá trình đăng ký.

QUÝ VỊ MUỐN TÌM CHƯƠNG TRÌNH HMO THAY THẾ?

Nếu quý vị muốn chương trình HMO với khả năng tiếp cận mạng lưới các bác sĩ và bệnh viện chất lượng, và thậm chí là phí bảo hiểm thấp hơn, chúng tôi có thể cung cấp chương trình Trio HMO tại khu vực của quý vị. Để biết thêm thông tin về các chương trình HMO, hãy hỏi người môi giới để biết phiên bản HMO của tài liệu giới thiệu này hoặc truy cập blueshieldca.com/getblue.



Xem trang 7 để biết định nghĩa của các thuật ngữ y tế quan trọng.

* Blue Shield không xác định liệu quý vị có đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không. Nếu quý vị quyết định đăng ký chương trình thông qua Covered California, Covered California sẽ xác định tình trạng đủ điều kiện và số tiền trợ cấp thực tế của quý vị dựa trên thông tin mà quý vị nhập trong đơn đăng ký.

CÁCH CHỌN CHƯƠNG TRÌNH

Chúng tôi có nhiều chương trình chăm sóc sức khỏe khác nhau cho quý vị lựa chọn. Để chọn được chương trình phù hợp, quý vị hãy quan tâm đến mức phí bảo hiểm hàng tháng và chi phí chăm sóc. Nói chung, nếu quý vị trả mức phí bảo hiểm hàng tháng càng cao, quý vị sẽ phải chi trả ít hơn khi sử dụng dịch vụ y tế. Và nếu quý vị trả mức phí bảo hiểm hàng tháng càng thấp, quý vị sẽ càng phải trả nhiều hơn cho các dịch vụ y tế được sử dụng.

Quý vị trả phí bảo hiểm hàng tháng nhiều hơn ← → Quý vị trả phí bảo hiểm hàng tháng ít hơn



Quý vị thanh toán ít hơn khi được chăm sóc ← → Quý vị thanh toán nhiều hơn khi được chăm sóc

PLATINUM

90

GOLD

80

CHƯƠNG TRÌNH PLATINUM VÀ GOLD

Không có khoản khấu trừ và khoản đồng thanh toán thấp hơn hầu hết các chương trình Blue Shield, chương trình Platinum và Gold là lựa chọn tuyệt vời nếu quý vị đi khám bác sĩ thường xuyên.

SILVER

70

CHƯƠNG TRÌNH SILVER

Các chương trình Blue Shield Silver 70 PPO là lựa chọn tuyệt vời nếu quý vị tới thăm khám bác sĩ thường xuyên và cần sự cân bằng giữa phí bảo hiểm hàng tháng và chi phí khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc.

SILVER

1750

Nếu quý vị đang tìm chương trình mang lại giá trị tốt, nhưng chi phí thấp và có thể dự toán mức tiền đồng chi trả, thì chương trình Silver 1750 PPO chính là lựa chọn dành cho quý vị.

SILVER

2600

Nếu quý vị đang tìm chương trình bảo hiểm sức khỏe khấu trừ cao (HDHP) cho phép quý vị góp tiền vào tài khoản tiết kiệm y tế* (HSA), chương trình Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO sẽ phù hợp với quý vị. Quý vị có thể chuẩn bị cho các chi phí y tế tương lai bằng cách đóng góp các khoản tiền được lợi về thuế vào tài khoản HSA của quý vị.

SILVER

94

SILVER

87

Chúng tôi cũng cung cấp ba chương trình Silver giảm chia sẻ chi phí thông qua Covered California, bao gồm mức đồng thanh toán, khấu trừ và tự trả tối đa thấp hơn cho những người thoả mãn yêu cầu thu nhập nhất định và các tiêu chí khác:

SILVER

73

- Blue Shield Silver 94 PPO
- Blue Shield Silver 87 PPO
- Blue Shield Silver 73 PPO

BRONZE

60

CHƯƠNG TRÌNH BRONZE

Các chương trình này là lựa chọn tuyệt vời nếu quý vị không thường xuyên đi khám bác sĩ và muốn trả phí bảo hiểm hàng tháng thấp, nhưng đổi lại sẽ phải thanh toán chi phí khám chữa bệnh cao hơn.

BRONZE HDHP

60

Silver 2600 HDHP PPO không phải là lựa chọn chương trình tương thích HSA duy nhất của quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp chương trình Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO. Quý vị sẽ phải chi trả ít hơn đối với phí bảo hiểm của chương trình Bronze 60 HDHP PPO so với của Silver 2600 HDHP PPO, nhưng khi đó phần chia sẻ chi phí sẽ cao hơn khi sử dụng dịch vụ.

MINIMUM COVERAGE

60

CHƯƠNG TRÌNH MINIMUM COVERAGE PPO

Để đủ điều kiện cho chương trình này, quý vị phải dưới 30 tuổi hoặc đủ điều kiện nhận miễn trừ vì nghèo khó thông qua Covered California. Chương trình này là lựa chọn tuyệt vời nếu quý vị hiếm khi đi khám bác sĩ và muốn trả phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhất.

* Mặc dù phần lớn những cá nhân tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe khấu trừ cao (HDHP), tương thích với HSA đủ điều kiện để mở một tài khoản HSA, quý vị vẫn nên tham khảo một cố vấn tài chính để xác định nếu HSA/HDHP có phải là chương trình phù hợp với tài chính của quý vị hay không. Blue Shield không cung cấp các tư vấn thuế liên quan tới HSA. Các HSA được cung cấp thông qua các tổ chức tài chính. Để có thêm thông tin về HSA, các điều kiện đủ tiêu chuẩn, và các quy định luật hiện tại, quý vị có thể hỏi thêm các cố vấn tài chính hoặc thuế.

Bảng này cung cấp chi tiết về chương trình khấu trừ, đồng chi trả và giá trị đồng bảo hiểm cho các dịch vụ chung khi sử dụng các nhà cung cấp thuộc mạng lưới. Để biết chi tiết chương trình đầy đủ, hãy truy cập blueshieldca.com/policies. Quý vị tự chi trả tất cả các khoản phí lên tới giá trị khoản phí được cho phép tới khi đạt mức khấu trừ (nếu thích hợp). Sau đó, quý vị sẽ chịu trách nhiệm cho việc đồng chi trả hoặc đồng bảo hiểm như được lưu ý trong bảng này. Một khi quý vị đạt mức tự trả tối đa, Blue Shield sẽ chi trả 100% cho hầu hết các dịch vụ được bảo hiểm chi trả nhận được từ nhà cung cấp thuộc Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Độc Quyền Của Chương Trình PPO.

= Quyền lợi có sẵn trước khi khấu trừ được áp dụng

= Quyền lợi sẽ chịu khấu trừ

	BLUE SHIELD PLATINUM 90 PPO	BLUE SHIELD GOLD 80 PPO	BLUE SHIELD SILVER 70 OFF EXCHANGE PPO*	BLUE SHIELD SILVER 70 PPO†
CHƯƠNG TRÌNH ĐƯỢC CUNG CẤP BỞI	BLUE SHIELD VÀ COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD VÀ COVERED CALIFORNIA	CHỈ CÓ BLUE SHIELD	CHỈ CÓ COVERED CALIFORNIA
QUYỀN LỢI	ĐỐI VỚI CÁC NHÀ CUNG CẤP ĐANG THAM GIA, CÁC THÀNH VIÊN CÁN CHI TRẢ:†			
Các quyền lợi chăm sóc phòng bệnh	\$0	\$0	\$0	\$0
Thăm khám tại phòng khám – bác sĩ chăm sóc chính	\$15	\$35	\$35	\$35
Thăm khám tại phòng khám – bác sĩ chuyên khoa	\$30	\$65	\$70	\$70
Khám khẩn cấp	\$15	\$35	\$35	\$35
Thuốc cấp 1 (cấp tối đa 30 ngày)	\$5	\$15	\$15 ⁴	\$15 ⁴
Thuốc cấp 2 (cấp tối đa 30 ngày)	\$15	\$55	\$55 ⁴	\$55 ⁴
Thuốc cấp 3 (cấp tối đa 30 ngày)	\$25	\$80	\$85 ⁴	\$85 ⁴
Thuốc cấp 4 (cấp tối đa 30 ngày)	10% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc)	20% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc)	20% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) ⁴	20% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) ⁴
Làm xét nghiệm	\$15	\$40	\$40	\$40
X-quang	\$30	\$75	\$85	\$85
Nhập viện điều trị nội trú	10%	20%	20%	20%
Phẫu thuật ngoại trú	10%	20%	20%	20%
Dịch vụ phòng cấp cứu không dẫn đến nhập viện	\$150	\$350	\$400	\$400
Xe cứu thương	\$150	\$250	\$255	\$250
Thai – Sản (bệnh viện)	10%	20%	20%	20%
Khám nha khoa nhi	\$0	\$0	\$0	\$0
Khám nhãn khoa nhi	\$0	\$0	\$0	\$0
Mắt kính nhi	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm
Trị liệu cột sống (từ một chuyên gia trị liệu xương khớp thuộc mạng lưới American Specialty Health Plans)	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
Chăm cứu (từ chuyên gia chăm cứu thuộc mạng lưới American Specialty Health Plans)	\$15	\$35	\$35	\$35
Khấu trừ y tế năm dương lịch trong mạng lưới ⁵	\$0	\$0	\$3,700 cho cá nhân/ \$7,400 cho gia đình	\$3,700 cho cá nhân/ \$7,400 cho gia đình
Tự trả tối đa năm dương lịch trong mạng lưới (bao gồm khấu trừ)	\$4,500 cho cá nhân/ \$9,000 cho gia đình	\$8,200 cho cá nhân/ \$16,400 cho gia đình	\$8,200 cho cá nhân/ \$16,400 cho gia đình	\$8,200 cho cá nhân/ \$16,400 cho gia đình
Khấu trừ được phẩm năm dương lịch trong mạng lưới	\$0	\$0	\$10 cho cá nhân/ \$20 cho gia đình ⁶	\$10 cho cá nhân/ \$20 cho gia đình ⁶

* Chương trình bảo hiểm Blue Shield này phải được mua thông qua Blue Shield, và người môi giới của quý vị có thể trợ giúp quý vị với thủ tục này. Quý vị có thể đăng ký tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield khác được liệt kê trong bảng này thông qua Blue Shield hoặc Covered California, trừ khi có quy định khác.

† Chương trình bảo hiểm Blue Shield này phải được mua thông qua Covered California, và người môi giới của quý vị có thể giúp quý vị với thủ tục này. Quý vị có thể đăng ký tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield khác được liệt kê trong bảng này thông qua Blue Shield hoặc Covered California, trừ khi có quy định khác. Các cá nhân đủ điều kiện có thể được hỗ trợ tài chính khi đăng ký chương trình Blue Shield thông qua Covered California.

Bảng này cung cấp chi tiết về chương trình khấu trừ, đồng chi trả và giá trị đồng bảo hiểm cho các dịch vụ chung khi sử dụng các nhà cung cấp thuộc mạng lưới. Để biết chi tiết chương trình đầy đủ, hãy truy cập blueshieldca.com/policies. Quý vị tự chi trả tất cả các khoản phí lên tới giá trị khoản phí được cho phép tới khi đạt mức khấu trừ (nếu thích hợp). Sau đó, quý vị sẽ chịu trách nhiệm cho việc đồng chi trả hoặc đồng bảo hiểm như được lưu ý trong bảng này. Một khi quý vị đạt mức tự trả tối đa, Blue Shield sẽ chi trả 100% cho hầu hết các dịch vụ được bảo hiểm chi trả nhận được từ nhà cung cấp thuộc Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Độc Quyền Của Chương Trình PPO.

= Quyền lợi có sẵn trước khi khấu trừ được áp dụng

= Quyền lợi sẽ chịu khấu trừ

	BLUE SHIELD SILVER 94 PPO [†]	BLUE SHIELD SILVER 87 PPO [†]	BLUE SHIELD SILVER 73 PPO [†]	BLUE SHIELD SILVER 1750 PPO [*]
CHƯƠNG TRÌNH ĐƯỢC CUNG CẤP BỞI	CHỈ CÓ COVERED CALIFORNIA	CHỈ CÓ COVERED CALIFORNIA	CHỈ CÓ COVERED CALIFORNIA	CHỈ CÓ BLUE SHIELD
QUYỀN LỢI	ĐỐI VỚI CÁC NHÀ CUNG CẤP ĐANG THAM GIA, CÁC THÀNH VIÊN CÁN CHI TRẢ: [†]			
Các quyền lợi chăm sóc phòng bệnh	\$0	\$0	\$0	\$0
Thăm khám tại phòng khám – bác sĩ chăm sóc chính	\$5	\$15	\$35	\$40
Thăm khám tại phòng khám – bác sĩ chuyên khoa	\$8	\$25	\$70	\$75
Khám khẩn cấp	\$5	\$15	\$35	\$40
Thuốc cấp 1 (cấp tối đa 30 ngày)	\$3	\$5	\$15 [‡]	\$15 [‡]
Thuốc cấp 2 (cấp tối đa 30 ngày)	\$10	\$25	\$55 [‡]	\$60 [‡]
Thuốc cấp 3 (cấp tối đa 30 ngày)	\$15	\$45	\$85 [‡]	\$80 [‡]
Thuốc cấp 4 (cấp tối đa 30 ngày)	10% (tối đa \$150 trên mỗi đơn thuốc)	15% (tối đa \$150 trên mỗi đơn thuốc)	20% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) [‡]	35% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) [‡]
Làm xét nghiệm	\$8	\$20	\$40	\$40
X-quang	\$8	\$40	\$85	35%
Nhập viện điều trị nội trú	10%	15%	20%	35%
Phẫu thuật ngoại trú	10%	15%	20%	35%
Dịch vụ phòng cấp cứu không dẫn đến nhập viện	\$50	\$150	\$400	35%
Xe cứu thương	\$30	\$75	\$250	35%
Thai – Sản (bệnh viện)	10%	15%	20%	35%
Khám nha khoa nhi	\$0	\$0	\$0	\$0
Khám nhãn khoa nhi	\$0	\$0	\$0	\$0
Mắt kính nhi	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm
Trị liệu cột sống (từ một chuyên gia trị liệu xương khớp thuộc mạng lưới American Specialty Health Plans)	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	\$15 (tối đa 15 lượt khám mỗi năm)
Chăm cứu (từ chuyên gia chăm cứu thuộc mạng lưới American Specialty Health Plans)	\$5	\$15	\$35	\$40
Khấu trừ y tế năm dương lịch trong mạng lưới [§]	\$75 cho cá nhân/ \$150 cho gia đình	\$800 cho cá nhân/ \$1,600 cho gia đình	\$3,700 cho cá nhân/ \$7,400 cho gia đình	\$1,750 cho cá nhân/ \$3,500 cho gia đình
Tự trả tối đa năm dương lịch trong mạng lưới (bao gồm khấu trừ)	\$800 cho cá nhân/ \$1,600 cho gia đình	\$2,850 cho cá nhân/ \$5,700 cho gia đình	\$6,300 cho cá nhân/ \$12,600 cho gia đình	\$8,200 cho cá nhân/ \$16,400 cho gia đình
Khấu trừ được phẩm năm dương lịch trong mạng lưới	\$0	\$0	\$10 cho cá nhân/ \$20 cho gia đình [§]	\$300 cho cá nhân/ \$600 cho gia đình [§]

* Chương trình bảo hiểm Blue Shield này phải được mua thông qua Blue Shield, và người môi giới của quý vị có thể trợ giúp quý vị với thủ tục này. Quý vị có thể đăng ký tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield khác được liệt kê trong bảng này thông qua Blue Shield hoặc Covered California, trừ khi có quy định khác.

† Chương trình bảo hiểm Blue Shield này phải được mua thông qua Covered California, và người môi giới của quý vị có thể giúp quý vị với thủ tục này. Quý vị có thể đăng ký tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield khác được liệt kê trong bảng này thông qua Blue Shield hoặc Covered California, trừ khi có quy định khác. Các cá nhân đủ điều kiện có thể được hỗ trợ tài chính khi đăng ký chương trình Blue Shield thông qua Covered California.

Bảng này cung cấp chi tiết về chương trình khấu trừ, đồng chi trả và giá trị đồng bảo hiểm cho các dịch vụ chung khi sử dụng các nhà cung cấp thuộc mạng lưới. Để biết chi tiết chương trình đầy đủ, hãy truy cập blueshieldca.com/policies. Quý vị tự chi trả tất cả các khoản phí lên tới giá trị khoản phí được cho phép tới khi đạt mức khấu trừ (nếu thích hợp). Sau đó, quý vị sẽ chịu trách nhiệm cho việc đồng chi trả hoặc đồng bảo hiểm như được lưu ý trong bảng này. Một khi quý vị đạt mức tự trả tối đa, Blue Shield sẽ chi trả 100% cho hầu hết các dịch vụ được bảo hiểm chi trả nhận được từ nhà cung cấp thuộc Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Độc Quyền Của Chương Trình PPO.

= Quyền lợi có sẵn trước khi khấu trừ được áp dụng

= Quyền lợi sẽ chịu khấu trừ

	BLUE SHIELD SILVER 2600 HDHP PPO*	BLUE SHIELD BRONZE 60 PPO	BLUE SHIELD BRONZE 60 HDHP PPO	BLUE SHIELD MINIMUM COVERAGE PPO
CHƯƠNG TRÌNH ĐƯỢC CUNG CẤP BỞI	CHỈ CÓ BLUE SHIELD	BLUE SHIELD VÀ COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD VÀ COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD VÀ COVERED CALIFORNIA
QUYỀN LỢI	ĐỐI VỚI CÁC NHÀ CUNG CẤP ĐANG THAM GIA, CÁC THÀNH VIÊN CÁN CHI TRẢ: ¹			
Các quyền lợi chăm sóc phòng bệnh	\$0	\$0	\$0	\$0
Thăm khám tại phòng khám – bác sĩ chăm sóc chính	35%	\$65 cho 3 lần thăm khám đầu tiên mỗi năm trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$65 sau khấu trừ ²	\$0	\$0 cho 3 lần thăm khám đầu tiên mỗi năm trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ³
Thăm khám tại phòng khám – bác sĩ chuyên khoa	35%	\$95 cho 3 lần thăm khám đầu tiên mỗi năm trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$95 sau khấu trừ ²	\$0	\$0
Khám khẩn cấp	35%	\$65 cho 3 lần thăm khám đầu tiên mỗi năm trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$65 sau khấu trừ ²	\$0	\$0 cho 3 lần thăm khám đầu tiên mỗi năm trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ³
Thuốc cấp 1 (cấp tối đa 30 ngày)	35% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) ⁵	\$18 ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
Thuốc cấp 2 (cấp tối đa 30 ngày)	35% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) ⁵	40% (tối đa \$500 trên mỗi đơn thuốc) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
Thuốc cấp 3 (cấp tối đa 30 ngày)	35% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) ⁵	40% (tối đa \$500 trên mỗi đơn thuốc) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
Thuốc cấp 4 (cấp tối đa 30 ngày)	35% (tối đa \$250 trên mỗi đơn thuốc) ⁵	40% (tối đa \$500 trên mỗi đơn thuốc) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
Làm xét nghiệm	35%	\$40	\$0	\$0
X-quang	35%	40%	\$0	\$0
Nhập viện điều trị nội trú	35%	40%	\$0	\$0
Phẫu thuật ngoại trú	35%	40%	\$0	\$0
Dịch vụ phòng cấp cứu không dẫn đến nhập viện	35%	40%	\$0	\$0
Xe cứu thương	35%	40%	\$0	\$0
Thai – Sản (bệnh viện)	35%	40%	\$0	\$0
Khám nha khoa nhi	\$0	\$0	\$0	\$0
Khám nhãn khoa nhi	\$0	\$0	\$0	\$0
Mắt kính nhi	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm	1 cặp mỗi năm
Trị liệu cột sống (từ một chuyên gia trị liệu xương khớp thuộc mạng lưới American Specialty Health Plans)	35% (tối đa 15 lượt khám mỗi năm)	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
Chăm cứu (từ chuyên gia chăm cứu thuộc mạng lưới American Specialty Health Plans)	35%	\$65 cho 3 lần thăm khám đầu tiên mỗi năm trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$65 sau khấu trừ ²	\$0	\$0 cho 3 lần thăm khám đầu tiên mỗi năm trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ³
Khấu trừ y tế năm dương lịch trong mạng lưới ⁶	\$2,600 cho cá nhân/ \$5,200 cho gia đình	\$6,300 cho cá nhân/ \$12,600 cho gia đình	\$7,000 cho cá nhân/ \$14,000 cho gia đình	\$8,700 cho cá nhân/ \$17,400 cho gia đình
Tự trả tối đa năm dương lịch trong mạng lưới (bao gồm khấu trừ)	\$6,850 cho cá nhân/ \$13,700 cho gia đình	\$8,200 cho cá nhân/ \$16,400 cho gia đình	\$7,000 cho cá nhân/ \$14,000 cho gia đình	\$8,700 cho cá nhân/ \$17,400 cho gia đình
Khấu trừ được phẩm năm dương lịch trong mạng lưới	Bao gồm trong khấu trừ y tế	\$500 cho cá nhân/ \$1,000 cho gia đình ⁶	Bao gồm trong khấu trừ y tế	Bao gồm trong khấu trừ y tế

* Chương trình bảo hiểm Blue Shield này phải được mua thông qua Blue Shield, và người môi giới của quý vị có thể trợ giúp quý vị với thủ tục này. Quý vị có thể đăng ký tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield khác được liệt kê trong bảng này thông qua Blue Shield hoặc Covered California, trừ khi có quy định khác.

Đây không phải là một hợp đồng. Tất cả các mô tả quyền lợi hình thành tổng quan chương trình quyền lợi. Để biết mô tả chi tiết về các quyền lợi và loại trừ của chương trình, hãy tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm* (EOC). Quý vị cũng có thể xem các biểu mẫu Tóm tắt Quyền lợi và Bảo hiểm (SBC) của chúng tôi để nắm được những thông tin tổng quan để hiểu về quyền lợi của chương trình và trách nhiệm tài chính của quý vị khi sử dụng các dịch vụ. Chúng tôi cung cấp các EOC và SBC của chương trình tại địa chỉ blueshieldca.com/policies hoặc quý vị có thể gọi điện cho chúng tôi theo số **(888) 256-3650**.

Chúng tôi cung cấp các chương trình bảo hiểm sau cho người Anh-Điêng và người bản xứ Alaska. Truy cập coveredca.com để biết thêm thông tin.

- 1 Số tiền chi định là một tỉ lệ phần trăm của các khoản phí được cho phép. Nhà cung cấp trong mạng lưới chấp nhận các khoản phí được cho phép của Blue Shield và sẽ nhận được thanh toán một lần đầy đủ cho các dịch vụ được bảo hiểm.
- 2 Ba lần thăm khám đầu tiên được cung cấp trước khi đạt giới hạn khấu trừ y tế trong năm và bao gồm tổng số lần đến khám bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ khám tại nhà, bác sĩ chuyên khoa, dịch vụ chữa bệnh chân, tư vấn Teladoc, chăm sóc khẩn cấp, chăm cứu, sức khỏe tâm thần ngoại trú, rối loạn sử dụng chất kích thích ngoại trú và các loại thăm khám với chuyên viên y tế khác. Tất cả các lần khám sau đó được tính khấu trừ y tế trong năm.
- 3 Ba lần thăm khám đầu tiên được cung cấp trước khi đạt giới hạn khấu trừ y tế trong năm và bao gồm tổng số lần đến khám bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ khám tại nhà, bác sĩ chuyên khoa, dịch vụ chữa bệnh chân, tư vấn Teladoc, chăm sóc khẩn cấp, chăm cứu, sức khỏe tâm thần ngoại trú, rối loạn sử dụng chất kích thích ngoại trú và các loại thăm khám với chuyên viên y tế khác. Tất cả các lần khám sau đó được tính khấu trừ y tế trong năm.
- 4 Tất cả các thuốc kê đơn cần được tính khấu trừ được phẩm trong năm.
- 5 Tất cả các thuốc kê đơn cần được tính khấu trừ y tế trong năm.
- 6 Bảo hiểm gia đình có mức tiền khấu trừ cá nhân trong tổng tiền khấu trừ của gia đình. Blue Shield sẽ chi trả quyền lợi cho từng thành viên trong chương trình dành cho gia đình khi thành viên đó đạt mức khấu trừ cá nhân. Blue Shield sẽ chi trả quyền lợi cho tất cả các thành viên gia đình được bảo hiểm khi đạt mức khấu trừ dành cho gia đình. Có thể đạt mức khấu trừ dành cho gia đình khi hai thành viên gia đình đạt mức khấu trừ cá nhân của mình hoặc khi mức đóng góp khấu trừ chung của ba thành viên trở lên đạt mức khấu trừ của gia đình.

ĐỊNH NGHĨA

- 1 **Cấp 1** – Hầu hết các loại thuốc gốc và thuốc thương hiệu giá thấp được ưu tiên trong *Danh Mục Thuốc Tiêu Chuẩn của Blue Shield*.
 - 2 **Cấp 2** – Thuốc gốc không ưu tiên, thuốc thương hiệu được ưu tiên, hoặc thuốc được đề xuất bởi Pharmacy & Therapeutics Committee (Ủy ban Dược phẩm và Trị liệu) dựa trên sự an toàn, hiệu quả và chi phí của thuốc trong *Danh Mục Thuốc Tiêu Chuẩn của Blue Shield*.
 - 3 **Cấp 3** – Thuốc thương hiệu không ưu tiên; thuốc được đề xuất bởi Pharmacy & Therapeutics Committee (Ủy ban Dược phẩm và Trị liệu) dựa trên sự an toàn, hiệu quả và chi phí; hoặc các loại thuốc thường có một dạng thay thế trị liệu được ưu tiên và thường ít tốn kém hơn ở cấp thấp hơn trong *Danh Mục Thuốc Tiêu Chuẩn của Blue Shield*.
 - 4 **Cấp 4** – Thuốc là chế phẩm sinh học; các loại thuốc mà Food and Drug Administration (Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ) hoặc nhà sản xuất thuốc yêu cầu phải được phân phối bởi các nhà thuốc chuyên khoa; các loại thuốc yêu cầu đào tạo hoặc theo dõi lâm sàng để tự dùng thuốc; hoặc các loại thuốc có chi phí chương trình (số tiền thực của giảm giá) lớn hơn \$600 đối với lượng thuốc dùng trong một tháng.
-  **Chia sẻ chi phí** – Chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chia sẻ giữa Blue Shield và thành viên.
-  **Danh mục thuốc** – Danh sách các loại thuốc được Food and Drug Administration phê duyệt và được lựa chọn dựa trên sự an toàn, hiệu quả và chi phí.
-  **Đông bảo hiểm** – Phần trăm số tiền mỗi thành viên phải chi trả cho các quyền lợi sau khi áp dụng mọi khoản khấu trừ năm.
-  **Đông chi trả (đồng thanh toán)** – Số tiền mỗi thành viên phải chi trả cho các quyền lợi sau khi khấu trừ năm được áp dụng.
-  **HDHP** – Chương trình bảo hiểm sức khỏe khấu trừ cao.
-  **Khấu trừ** – Số tiền mỗi thành viên chi trả trong năm cho hầu hết các dịch vụ được bảo hiểm trước khi Blue Shield bắt đầu thanh toán. Những dịch vụ được bảo hiểm cụ thể, như khám phòng ngừa bệnh, được chi trả trước khi mỗi thành viên tới hạn khấu trừ trong năm.
-  **Khoản phí được cho phép** – Số tiền Blue Shield sử dụng để quyết định thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm.
-  **Nhà cung cấp tham gia mạng lưới/nhà cung cấp thuộc mạng lưới** – Nhà cung cấp thuộc mạng lưới (bao gồm bác sĩ và bệnh viện) đã đồng ý ký hợp đồng với Blue Shield để cung cấp các dịch vụ y tế được bảo hiểm tới các thành viên của những chương trình bảo hiểm sức khỏe cụ thể. Nhà cung cấp tham gia mạng lưới đã đồng ý chấp nhận mức phí theo hợp đồng với Blue Shield cho các dịch vụ được bảo hiểm chi trả.
-  **Phí bảo hiểm** – Số tiền quý vị chi trả cho Blue Shield mỗi tháng cho bảo hiểm sức khỏe.
-  **Quyền lợi (các dịch vụ được bảo hiểm chi trả)** – Các dịch vụ và vật tư y tế cần thiết được bảo hiểm chi trả bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe.

NẾU QUÝ VỊ CÓ CÂU HỎI HOẶC MUỐN ĐĂNG KÝ?

 Truy cập blueshieldca.com/getblue.

 Hãy gọi người môi giới của quý vị.

Người môi giới của quý vị có thể hỗ trợ quý vị đăng ký chương trình bảo hiểm Blue Shield thông qua Blue Shield hoặc Covered California (coveredca.com), đây là thị trường bảo hiểm sức khỏe của California.

Chúng tôi cũng cung cấp các chương trình bảo hiểm nha khoa, chương trình bảo hiểm nhãn khoa* và bảo hiểm nhân thọ* để mua cùng hoặc không cùng với chương trình bảo hiểm y tế. Hãy hỏi người môi giới của quý vị để biết thêm thông tin hoặc truy cập bsca.com/ifpspecialty2022.

* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.