

từ ngày 1 tháng 1 năm 2020 - ngày 31 tháng 12 năm 2020

# 2020

## Tóm tắt Quyền lợi

---

### Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (HMO)

Quận Los Angeles, \*Orange, \*San Bernardino,  
\*Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara, \*Merced,  
San Joaquin, và Stanislaus (\*một phần)

Sổ tay này cung cấp cho quý vị tóm tắt về những gì chúng tôi bảo hiểm và những gì quý vị phải trả. Sổ tay này không liệt kê mọi dịch vụ chúng tôi bảo hiểm hay mọi giới hạn hoặc mục loại trừ. Để có một danh sách đầy đủ các dịch vụ chúng tôi bảo hiểm, hãy gọi cho chúng tôi và yêu cầu "Chứng từ Bảo hiểm".

[blueshieldca.com/promise/medicare](https://blueshieldca.com/promise/medicare)

H5928\_19\_540A\_037\_M\_VI Accepted 09102019

blue   
california

Promise Health Plan

# Tóm tắt Quyền lợi năm 2020

## Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan

Quận Los Angeles, \*Orange, \*San Bernardino,  
\*Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara, \*Merced,  
San Joaquin, và Stanislaus, Chương trình 037

từ ngày 1 tháng 1 năm 2020 - ngày 31 tháng 12 năm 2020

Thông tin quyền lợi được cung cấp không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi bảo hiểm hoặc liệt kê mọi giới hạn hoặc mục loại trừ. Để có một danh sách đầy đủ các dịch vụ chúng tôi bảo hiểm, vui lòng yêu cầu "Chúng tôi Bảo hiểm."

Để tham gia **Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan**, quý vị phải được hưởng Medicare Phần A, được ghi danh vào Medicare Phần B và sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi. Khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây ở California: Quận Los Angeles, \*Orange, \*San Bernardino, \*Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara, \*Merced, San Joaquin, và Stanislaus.

Vùng dịch vụ cho Quận Orange bao gồm **chỉ cho các mã ZIP được liệt kê dưới đây**. Quý vị phải sống tại một trong các mã ZIP này mới được tham gia vào kế hoạch:

90620 90621 90622 90623 90624 90630 90631 90632 90633 90638 90680 90720 90740 90742 90743  
92609 92610 92617 92619 92620 92626 92637 92646 92647 92648 92649 92655 92657 92673 92683  
92685 92694 92697 92698 92701 92702 92703 92704 92705 92706 92707 92708 92725 92735 92801  
92802 92803 92804 92805 92806 92807 92808 92809 92812 92814 92815 92816 92817 92821 92822  
92823 92825 92831 92832 92833 92834 92835 92836 92837 92838 92840 92841 92842 92843 92844  
92845 92846 92850 92868 92870 92871 92885 92886 92887 92899

Vùng dịch vụ cho Quận Orange bao gồm **chỉ cho các mã ZIP được liệt kê dưới đây**. Quý vị phải sống tại một trong các mã ZIP này mới được tham gia vào kế hoạch:

91701 91708 91709 91710 91730 91737 91739 91761 91762 91763 91764 91784 91786 92301 92307  
92308 92313 92316 92318 92324 92334 92335 92336 92337 92344 92345 92346 92350 92354 92357  
92359 92368 92369 92371 92373 92374 92376 92377 92392 92394 92395 92399 92401 92402 92403  
92404 92405 92406 92407 92408 92410 92411 92412 92413 92414 92415 92418 92420 92423 92424  
92427

Vùng dịch vụ cho Quận Riverside bao gồm **chỉ cho các mã ZIP được liệt kê dưới đây**. Quý vị phải sống tại một trong các mã ZIP này mới được tham gia vào kế hoạch:

91718 91719 91720 91752 91760 92028 92201 92202 92203 92210 92211 92220 92223 92230 92234  
92235 92236 92240 92241 92247 92248 92253 92254 92255 92258 92260 92261 92262 92263 92264  
92270 92274 92276 92282 92292 92320 92324 92373 92399 92501 92502 92503 92504 92505 92506  
92507 92508 92509 92513 92514 92515 92516 92517 92518 92519 92521 92522 92530 92531 92532  
92536 92539 92543 92544 92545 92546 92548 92549 92551 92552 92553 92554 92555 92556 92557  
92561 92562 92563 92564 92567 92570 92571 92572 92581 92582 92583 92584 92585 92586 92587  
92589 92590 92591 92592 92593 92595 92596 92599 92860 92877 92878 92879 92880 92881 92882  
92883

Vùng dịch vụ cho Quận Merced bao gồm **chỉ cho các mã ZIP được liệt kê dưới đây**. Quý vị phải sống tại một trong các mã ZIP này mới được tham gia vào kế hoạch:  
93610 93620 93661 93665 95301 95303 95312 95315 95317 95322 95324 95333 95334 95340 95341  
95343 95344 95348 95365 95369 95374 95380 95388

Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể không trả tiền cho các dịch vụ này.

Để biết phạm vi bao trả và chi phí Original Medicare, xem trong sổ tay “Medicare & You” (“Medicare & Quý vị”). Xem sổ này trên mạng tại [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) hoặc xin một bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Tài liệu này được cung cấp ở các dạng khác như chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc âm thanh.

Để biết thêm thông tin xin gọi chúng tôi tại số (800) 847-1222 (TTY: 711), 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và 8 giờ sáng – 6 giờ chiều, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 hoặc truy cập địa chỉ [blueshieldca.com/promise/medicare](http://blueshieldca.com/promise/medicare).

# Tóm tắt Quyền lợi năm 2020

từ ngày 1 tháng 1 năm 2020 - ngày 31 tháng 12 năm 2020

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan  
 Quận Los Angeles, \*Orange, \*San Bernardino,  
 \*Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara,  
 \*Merced, San Joaquin, và Stanislaus (\*một  
 phần quận)

| Phí bảo hiểm và Quyền lợi   | Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan  |
|---|--|
| Phí Bảo hiểm Chương trình Hàng tháng  | Quý vị trả \$32<br>Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B   |
| Khoản khấu trừ  | Không khấu trừ   |
| Chi phí Tự trả Tối đa<br>(không bao gồm thuốc kê toa Phần D)  | Quý vị trả không quá \$6,700 hàng năm<br>Bao gồm khoản đồng thanh toán và các chi phí khác cho các dịch vụ Medicare Phần A và B được bảo hiểm trong năm  |
| Chăm sóc nội trú tại bệnh viện  | Días 1 a 60: deducible de \$1,408<br>Días 61 a 90: copago de \$352 por día<br>Días 91 a 150: copago de \$704 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)<br>Kỳ quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời kỳ này kết thúc khi quý vị không nhận sự chăm sóc của bệnh viện hoặc trung tâm điều dưỡng trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi kỳ quyền lợi đã chấm dứt thì một kỳ quyền lợi mới sẽ bắt đầu được tính. |
| Cơ sở Bệnh viện Ngoại trú   | 20% chi phí  |
| Trung tâm Phẫu thuật Lưu động   | 20% chi phí cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm giải phẫu lưu động và cơ sở của bệnh viện ngoại trú được Medicare bảo hiểm.  |
| Thăm khám Bác sĩ<br>• Bác sĩ Chăm sóc Chính<br>• Bác sĩ chuyên khoa   | \$0 khoản đồng thanh toán<br>\$0 khoản đồng thanh toán   |
| Dịch vụ Phòng ngừa<br>(Chụp quang tuyến vú & vắc-xin cúm)<br>(Không có giấy giới thiệu)   | \$0 khoản đồng thanh toán<br>Các dịch vụ phòng ngừa khác được cung cấp Có một số dịch vụ được bảo hiểm có tính phí.  |
| Chăm sóc Cấp cứu  | 20% chi phí  |
| Các Dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp  | 20% chi phí  |
| Dịch vụ Chẩn đoán/Phòng thí nghiệm/<br>Hình ảnh<br>• Các dịch vụ phóng xạ chẩn đoán<br>(như chụp MRI, CT, chụp PET)<br>• Xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán<br>• Dịch vụ phòng thí nghiệm<br>• X-quang ngoại trú<br>• Các dịch vụ phóng xạ điều trị (ví dụ như điều trị ung thư bằng phóng xạ) | 20% chi phí cho các dịch vụ phóng xạ được Medicare bảo hiểm<br>20% của chi phí cho các xét nghiệm chẩn đoán được Medicare bảo hiểm.<br>\$0 tiền đồng trả cho dịch vụ phòng thí nghiệm được Medicare bảo hiểm<br>20% chi phí cho chụp X quang được Medicare bảo hiểm<br>20% chi phí cho các dịch vụ phóng xạ trị liệu được Medicare bảo hiểm  |

# Tóm tắt Quyền lợi năm 2020

từ ngày 1 tháng 1 năm 2020 - ngày 31 tháng 12 năm 2020

| Phí bảo hiểm và Quyền lợi  | Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan  |
|--|--|
| <b>Dịch vụ Thính giác</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Khám thính giác (được Medicare bảo hiểm)</li><li>• Khám thính giác định kỳ (không được Medicare bảo hiểm)</li><li>• Máy trợ thính</li></ul>  | 20% chi phí cho các quyền lợi được Medicare bảo hiểm<br>\$0 khoản đồng thanh toán cho 1 lần khám thính giác định kỳ<br>\$0 khoản đồng thanh toán cho 1 lần khám đánh giá/điều chỉnh máy trợ thính (1 lần mỗi năm)<br>\$0 khoản đồng thanh toán cho tối đa 2 máy trợ thính mỗi năm<br>Giới hạn \$2,000 mỗi năm  |
| <b>Dịch vụ Nha khoa</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Số lần kiểm tra miệng không giới hạn mỗi năm</li><li>• Vệ sinh, 6 tháng một lần</li><li>• Điều trị flouride, 6 tháng một lần</li><li>• X-quang, một bộ đầy đủ 2 năm một lần</li></ul>      | \$0 khoản đồng thanh toán<br>\$0 khoản đồng thanh toán<br>\$0 khoản đồng thanh toán mỗi lần thăm khám<br>\$0 khoản đồng thanh toán   |
| <b>Dịch vụ Nhãn khoa</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Khám để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tình trạng của mắt</li><li>• Khám mắt định kỳ (mỗi năm một lần)</li><li>• Giới hạn bảo hiểm kính mắt</li><li>• Đo mắt (2 năm một lần)</li></ul> | 20% chi phí<br>\$0 khoản đồng thanh toán<br>Giới hạn \$500 cho kính mắt và kính áp tròng hai năm một lần<br>\$0 khoản đồng thanh toán  |
| <b>Các Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú</li><li>• Thăm khám trị liệu theo nhóm ngoại trú</li><li>• Thăm khám trị liệu theo cá nhân ngoại trú</li></ul>                             | Ngày 1-60: \$1,408 khoản khấu trừ<br>Ngày 61-90: \$352 khoản đồng thanh toán mỗi ngày<br>Ngày 91-150: \$704 khoản đồng thanh toán mỗi ngày dự phòng trọn đời (tối đa 60 ngày trong suốt cuộc đời của quý vị)<br>Kỳ quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời kỳ này kết thúc khi quý vị không nhận sự chăm sóc của bệnh viện hoặc trung tâm điều dưỡng trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện sau khi kỳ quyền lợi đã chấm dứt, thì một kỳ quyền lợi mới sẽ bắt đầu được tính<br>20% chi phí mỗi lần thăm khám.<br>20% chi phí mỗi lần thăm khám. |
| <b>Dịch vụ Chương trình Điều trị Opioid</b>  | \$0 khoản đồng thanh toán  |
| <b>Bệnh về chân</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Khám bàn chân và điều trị bàn chân</li><li>• Chăm sóc bàn chân định kỳ</li></ul>   | 20% chi phí cho các dịch vụ về chân được Medicare bảo hiểm<br>0\$ tiền đồng trả cho lần thăm khám định kỳ, 1 lần thăm khám định kỳ mỗi tháng   |
| <b>Vật dụng Y khoa</b>   | 20% số tiền Medicare cho phép  |

# Tóm tắt Quyền lợi năm 2020

từ ngày 1 tháng 1 năm 2020 - ngày 31 tháng 12 năm 2020

| <b>Phí bảo hiểm và Quyền lợi</b>   | <b>Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan</b>  |
|--|---|
| <b>Chăm sóc tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn</b>  | \$0 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho ngày 1-20<br>\$176 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho ngày 21-100<br>Kỳ quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời kỳ này kết thúc khi quý vị không nhận sự chăm sóc của bệnh viện hoặc trung tâm điều dưỡng trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi kỳ quyền lợi đã chấm dứt thì một kỳ quyền lợi mới sẽ bắt đầu được tính. |
| <b>Dịch vụ Phục hồi Chức năng</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Thăm khám hoạt động trị liệu</li><li>• Thăm khám vật lý trị liệu và trị liệu ngôn ngữ âm và ngôn ngữ</li></ul> | 20% chi phí mỗi lần thăm khám.  |
| <b>Dịch vụ Xe cứu thương</b>   | 20% chi phí (mỗi chiều)   |
| <b>Dịch vụ Vận chuyển</b>  | \$0 khoản đồng thanh toán<br>48 chuyến đi một chiều tới các địa điểm có liên quan tới sức khỏe được kế hoạch chấp thuận<br>Phải bố trí đưa đón trước 24 giờ   |
| <b>Thuốc Medicare Phần B</b>   | 20% chi phí cho thuốc hóa trị liệu<br>20% chi phí cho các thuốc Phần B khác   |

# Bảo hiểm thuốc theo toa

Bạn trả tiền sau:

| Quyền lợi Thuốc Kê toa Phần D   | Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan   |  |
|---|---|--|
| Giai đoạn 1: Khoản khấu trừ Hàng năm  | \$435, Bạc 1 ngoại trừ  |  |
| Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu<br>(Sau khi quý vị thanh toán khoản khấu trừ, nếu có, tối đa là giới hạn bảo hiểm ban đầu \$4,020)                    | <b>Bán lẻ tiêu chuẩn</b>  |  |
|   | <b>Chia sẻ chi phí cho thuốc dùng trong 30-ngày (trong mạng lưới)<sup>MO</sup></b>  | <b>Chia sẻ chi phí cho thuốc dùng trong 90-ngày (trong mạng lưới)<sup>MO</sup></b> |
| <b>Bậc 1: Thuốc gốc được Ưu tiên</b>  | \$0 khoản đồng thanh toán   | \$0 khoản đồng thanh toán  |
| <b>Bậc 2: Thuốc Gốc</b>   | 25% đồng bảo hiểm   | 25% đồng bảo hiểm  |
| <b>Bậc 3: Thuốc Chính hiệu được Ưu tiên</b>   | 25% đồng bảo hiểm   | 25% đồng bảo hiểm  |
| <b>Bậc 4: Thuốc không được ưu tiên</b>  | 25% đồng bảo hiểm   | 25% đồng bảo hiểm  |
| <b>Bậc 5: Bậc Đặc trị</b>   | 25% đồng bảo hiểm   | Không được bảo hiểm  |
| <b>Giai đoạn Chênh lệch Bảo hiểm</b><br>(Sau khi tổng chi phí thuốc quý vị và chương trình đã trả đạt mức \$4,020, tối đa bằng ngưỡng chi phí tự trả \$6,350) | Bậc 1: Thuốc Gốc được Ưu tiên được bao trả theo các khoản đồng thanh toán mô tả ở trên. Đối với tất cả các mức khác, quý vị phải trả 25% mức giá thương lượng đối với thuốc biệt dược (cộng với một phần phí cấp phát) và 25% giá thuốc gốc.  |  |
| <b>Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương</b><br>(Khi chi phí tự trả hàng năm của quý vị vượt quá \$6,350)   | Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị (kể cả thuốc quý vị mua qua nhà thuốc bán lẻ và đặt mua qua bưu điện) đạt mức \$6,350, quý vị sẽ trả khoản nhiều hơn trong hai khoản sau đây: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% chi phí, hoặc</li> <li>• \$3.60 khoản đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm các biệt dược được coi là thuốc gốc) và \$8.95 khoản đồng thanh toán cho tất cả các thuốc khác</li> </ul> |  |

Nếu quý vị sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị cũng trả mức tương tự như tại nhà thuốc đóng góp chi phí bán lẻ tiêu chuẩn. Có những trường hợp quý vị sẽ mua thuốc từ một nhà thuốc ngoài mạng lưới với mức phí tương tự như tại nhà thuốc đóng góp chi phí bán lẻ tiêu chuẩn trong mạng lưới. Để biết thêm thông tin về khoản đóng góp chi phí bổ sung cụ thể theo nhà thuốc và các giai đoạn quyền lợi, vui lòng tham khảo EOC của chương trình.

**\*Khoản đóng góp chi phí bán lẻ được ưu tiên cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày cũng áp dụng cho nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của Blue Shield Promise. Các loại thuốc Bậc 5 bị giới hạn với lượng đủ dùng trong 30 ngày nếu đặt mua qua bưu điện.**

**MO** Chỉ một số loại thuốc mới được cung cấp lượng đủ dùng dài hạn (tối đa 90 ngày). Các loại thuốc có sẵn để cung cấp lượng đủ dùng dài hạn được đánh dấu bằng biểu tượng MO trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Các loại thuốc không được đánh dấu bằng biểu tượng này không có sẵn để cung cấp lượng đủ dùng dài hạn. Để bảo vệ quý vị, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc có thể mua trong một lần đối với một số loại thuốc.

# Lợi ích kế hoạch bổ sung

Bạn trả tiền sau:

| Các Quyền lợi Chương trình Bổ sung                                      | Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan   |
|---|---|
| SilverSneakers Fitness  | \$0 khoản đồng thanh toán   |
| Đường dây Y tá Tư vấn   | \$0 khoản đồng thanh toán   |
| Các Dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp/<br>Chăm Sóc Khẩn Cấp trên Toàn Thế Giới | \$100 khoản đồng thanh toán mỗi lần thăm khám<br>Bảo hiểm tối đa \$25,000 mỗi năm<br>(được miễn nếu nhập viện)  |
| Chăm cứu  | \$0 tiền đồng trả<br>24 lần thăm khám mỗi năm   |
| Hệ thống Ứng cứu Cá nhân Khẩn cấp                                       | \$0 khoản đồng thanh toán   |
| Các Vật dụng Mua Không cần toa  | Quý vị có \$200 mỗi quý để chi tiêu cho các vật dụng<br>được bảo hiểm. Quý vị có thể đặt một đơn hàng mỗi quý<br>và không thể chuyển khoản trợ cấp chưa sử dụng của<br>mình sang quý tiếp theo. |
| Chăm sóc sức khỏe từ xa   | \$0 khoản đồng thanh toán   |

**LƯU Ý QUAN TRỌNG:** Để xem thông tin về các yêu cầu không phân biệt đối xử, quý vị có thể truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>.

Blue Shield of California Promise Health Plan là một chương trình HMO và cũng là một chương trình HMO D-SNP có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Medicaid của Tiểu bang California. Việc ghi danh vào Blue Shield of California Promise Health Plan phụ thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng.

Blue Shield of California Promise Health Plan tuân thủ luật pháp về quyền công dân của Liên bang và Tiểu bang hiện hành không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, tình trạng hôn nhân, khuynh hướng giới tính, nhận dạng giới tính, độ tuổi hay tình trạng khuyết tật.

Tivity Health, SilverSneakers và Love Life Longer là các thương hiệu đã đăng ký hoặc thương hiệu của Tivity Health, Inc., và/hoặc các công ty con và/hoặc công ty liên kết tại Hoa Kỳ và/hoặc các quốc gia khác © 2018 Tivity Health, Inc. Bảo lưu mọi quyền.



# Danh sách Kiểm tra Trước Ghi danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị hoàn toàn hiểu rõ quyền lợi và quy tắc. Nếu có thắc mắc, quý vị có thể gọi và trao đổi với đại diện dịch vụ khách hàng theo số **(800) 847-1222 (TTY: 711)**.

## Tìm hiểu các Quyền lợi

- Xem xét toàn bộ danh sách quyền lợi trong Chứng từ Bảo hiểm (EOC), đặc biệt cho các dịch vụ quý vị thường xuyên khám bác sĩ. Truy cập [blueshieldca.com/promise/medicare](https://blueshieldca.com/promise/medicare) hoặc gọi số **(800) 847-1222 (TTY: 711)** để xem bản sao EOC.
- Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị khám hiện có trong mạng lưới. Nếu họ không được liệt kê, có nghĩa là quý vị sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- Xem xét danh mục nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc quý vị sử dụng cho bất kỳ loại thuốc theo toa nào trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới cho đơn thuốc của mình.

## Hiểu rõ các Quy tắc Quan trọng

- Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B. Phí bảo hiểm này thường lấy từ séc An sinh Xã hội hàng tháng.
- Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc tiền đồng trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2021.
- Ngoại trừ trong trường hợp khẩn cấp hoặc cấp cứu, chúng tôi không bảo hiểm các dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh mục nhà cung cấp).

## Chúng tôi đang ở đây để giúp

Nếu quý vị có yêu cầu về việc ghi danh, vui lòng gọi cho Sales Department theo số **(800) 847-1222** (TTY: 711)

**Từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và 8 giờ sáng – 6 giờ chiều, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.**