
Chương trình cá nhân và gia đình: Trio HMO

Có hiệu lực từ tháng 1/2027



Trio HMO từ Blue Shield of California



Tiếp cận nhà cung cấp ngay gần nhà

Chương trình Trio HMO của chúng tôi cho phép quý vị tiếp cận mạng lưới chất lượng, gồm các bác sĩ và bệnh viện địa phương luôn hướng đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc và giúp các hội viên điều hướng hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Chọn một bác sĩ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới IFP Trio HMO có thể hướng dẫn quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết.* Quý vị có thể chọn một PCP trực tiếp, hoặc một PCP trực tuyến mà quý vị có thể gặp qua video hoặc điện thoại ngay tại nhà một cách thuận tiện. Để tìm bác sĩ Trio HMO trực tiếp và trực tuyến, hãy truy cập blueshieldca.com/networkifphmo. Để xem danh sách các nhóm cung cấp dịch vụ y tế và bệnh viện Trio HMO trong khu vực của quý vị, hãy truy cập blueshieldca.com/hmo-providers.

* Nếu quý vị không chọn PCP, chúng tôi có thể chỉ định một PCP trực tuyến cho quý vị. Quý vị có thể thay đổi PCP này bất cứ lúc nào.



Cách chọn chương trình

Chúng tôi có nhiều chương trình Trio HMO cho quý vị lựa chọn. Để tìm chương trình phù hợp, hãy cân nhắc quý vị sẵn sàng chi trả phí bảo hiểm hàng tháng là bao nhiêu và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nhìn chung, phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị càng cao thì quý vị càng phải tự trả ít hơn khi nhận dịch vụ chăm sóc. Nếu quý vị chọn mức phí bảo hiểm hàng tháng thấp hơn, khả năng cao là quý vị sẽ phải tự trả nhiều hơn khi nhận dịch vụ chăm sóc. Hãy chọn chương trình mà quý vị cảm thấy có sự cân bằng phù hợp với bản thân.

Hỗ trợ tài chính

Có thể quý vị sẽ đủ điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính của chính phủ trong việc chi trả phí bảo hiểm hàng tháng cho bất kỳ chương trình bảo hiểm Blue Shield Trio HMO nào thông qua Covered California. Ví dụ: Một gia đình bốn người sống ở Quận Orange có thu nhập \$125,000/năm có thể đủ điều kiện được trợ cấp \$737/tháng.* Hoặc một người độc thân 30 tuổi sống ở Los Angeles có thu nhập \$40,000/năm có thể đủ điều kiện được trợ cấp \$171/tháng. Hãy truy cập blueshieldca.com/getblue 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 các bước tiếp theo.

* Trợ cấp dành cho gia đình bốn người trên cơ sở bao gồm hai người lớn 40 tuổi và hai trẻ em 10 và 13 tuổi. Chỉ nhằm mục đích minh họa. Covered California xác định khả năng đủ điều kiện và số tiền trợ cấp.



		Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
Chương trình có thể mua được qua		Chỉ Blue Shield	Blue Shield và Covered California	Blue Shield và Covered California
Mức tiền theo quyền lợi phản ánh chi phí của hội viên khi nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới				
Các khoản khấu trừ và khoản tự trả tối đa				
Mức khấu trừ y tế cho năm theo lịch		\$7,500 cho cá nhân / \$15,000 cho gia đình ¹	\$5,800 cho cá nhân / \$11,600 cho gia đình ¹	\$4,700 cho cá nhân / \$9,400 cho gia đình ¹
Mức khấu trừ tại nhà thuốc cho năm theo lịch		Đã bao gồm trong khoản khấu trừ y tế	\$450 cho cá nhân / \$900 cho gia đình ¹	\$50 cho cá nhân / \$100 cho gia đình ¹
Khoản tự trả tối đa cho năm theo lịch ²		\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình	\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình	\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình
Dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp của quý vị (dịch vụ của bác sĩ)				
Chăm sóc ban đầu	Chăm sóc phòng ngừa	\$0	\$0	\$0
	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$65	\$60	\$50
Bác sĩ chuyên khoa	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$95	\$100 cho 3 lần thăm khám đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$100 sau khấu trừ ³	\$100
Sức khỏe tâm thần / rối loạn sử dụng chất	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$65	\$60	\$50
Phòng thí nghiệm và xét nghiệm (dịch vụ X-quang, chụp, bệnh lý học và xét nghiệm chẩn đoán)				
Dịch vụ phòng thí nghiệm và bệnh lý học tại trung tâm phòng thí nghiệm		\$65	\$50	\$50
Dịch vụ chụp cơ bản (bao gồm X-quang và siêu âm) tại trung tâm X-quang dành cho bệnh nhân ngoại trú		\$115	40% (áp dụng mức khấu trừ)	\$95
Dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp				
Phòng cấp cứu	Dịch vụ của bác sĩ	50%	\$0	\$0
	Dịch vụ của cơ sở (được miễn nếu nhập viện)	50% (áp dụng mức khấu trừ)	40% (áp dụng mức khấu trừ)	\$400 mỗi lần thăm khám
Dịch vụ của trung tâm chăm sóc khẩn cấp	(trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$65 mỗi lần thăm khám	\$60 mỗi lần thăm khám	\$50 mỗi lần thăm khám

		Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
Chăm sóc tại bệnh viện (dịch vụ nội trú và ngoại trú trong môi trường bệnh viện)				
Nội trú	Dịch vụ của bác sĩ	50%	40% (áp dụng mức khấu trừ)	30%
	Dịch vụ của cơ sở	50% (áp dụng mức khấu trừ)	40% (áp dụng mức khấu trừ)	30% (áp dụng mức khấu trừ)
Ngoại trú	Dịch vụ của bác sĩ	\$150 mỗi ca phẫu thuật	40% (áp dụng mức khấu trừ)	30%
	Dịch vụ của cơ sở	50% (áp dụng mức khấu trừ)	40% (áp dụng mức khấu trừ)	30%
Chăm sóc nha khoa và thị lực cho trẻ em (nha khoa nhi và thị lực cho trẻ đến 19 tuổi)				
Nha khoa	Khám răng miệng	\$0	\$0	\$0
	Làm sạch phòng ngừa	\$0	\$0	\$0
	Bôi fluoride bảo vệ răng	\$0	\$0	\$0
Thị lực	Khám mắt toàn diện	\$0	\$0	\$0
	Kính (gọng sưu tập) ⁴	\$0	\$0	\$0
	Kính áp tròng (cứng hoặc mềm, tự chọn hoặc không tự chọn)	\$0	\$0	\$0
Thuốc theo toa từ nhà thuốc trong mạng lưới địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giao tận nhà của Amazon Pharmacy				
Thuốc và dụng cụ ngừa thai	30 ngày dùng thuốc	\$0	\$0	\$0
Bậc 1	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0	\$0	\$0
	30 ngày dùng thuốc	\$15 mỗi đơn thuốc	\$20 mỗi đơn thuốc	\$20 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$45 mỗi đơn thuốc	\$60 mỗi đơn thuốc	\$60 mỗi đơn thuốc
Bậc 2	30 ngày dùng thuốc	\$115 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ)	40% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$65 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$345 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ)	40% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$195 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)

		Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
Bậc 3	30 ngày dùng thuốc	50% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	40% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$95 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	50% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	40% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$285 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
Bậc 4	30 ngày dùng thuốc	50% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	40% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	20% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	50% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	40% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	20% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
Các quyền lợi bổ sung				
Đủ điều kiện mở tài khoản tiết kiệm y tế (HSA)	Tham khảo ý kiến cố vấn tài chính hoặc thuế của quý vị nếu có thắc mắc về HSA	Có	Có	Không
Bảo hiểm chăm sóc ngoài tiểu bang	Khu vực dịch vụ BlueCard®	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i> (Chứng Từ Bảo Hiểm)	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>
Các dịch vụ chuyên nghiệp khác	Tư vấn Teladoc Health	\$0	\$0	\$0
	Dịch vụ trị liệu cột sống	\$20 mỗi lần thăm khám (12 lần thăm khám cho mỗi hội viên trong một năm theo lịch)	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm

		Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
Chương trình có thể mua được qua		Chỉ Blue Shield	Chỉ Covered California	Chỉ Covered California
Mức tiền quyền lợi phản ánh chi phí của hội viên khi nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới				
Các khoản khấu trừ và khoản tự trả tối đa				
Mức khấu trừ y tế cho năm theo lịch		\$4,700 cho cá nhân / \$9,400 cho gia đình ¹	\$4,700 cho cá nhân / \$9,400 cho gia đình ¹	\$1,100 cho cá nhân / \$2,200 cho gia đình ¹
Mức khấu trừ tại nhà thuốc cho năm theo lịch		\$50 cho cá nhân / \$100 cho gia đình ¹	\$50 cho cá nhân / \$100 cho gia đình ¹	\$50 cho cá nhân / \$100 cho gia đình ¹
Khoản tự trả tối đa cho năm theo lịch ²		\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình	\$9,600 cho cá nhân / \$19,200 cho gia đình	\$4,000 cho cá nhân / \$8,000 cho gia đình
Dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp của quý vị (dịch vụ của bác sĩ)				
Chăm sóc ban đầu	Chăm sóc phòng ngừa	\$0	\$0	\$0
	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$50	\$50	\$15
Bác sĩ chuyên khoa	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$100	\$100	\$30
Sức khỏe tâm thần / rối loạn sử dụng chất	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$50	\$50	\$15
Phòng thí nghiệm và xét nghiệm (dịch vụ X-quang, chụp, bệnh lý học và xét nghiệm chẩn đoán)				
Dịch vụ phòng thí nghiệm và bệnh lý học tại trung tâm phòng thí nghiệm		\$50	\$50	\$35
Dịch vụ chụp cơ bản (bao gồm X-quang và siêu âm) tại trung tâm X-quang dành cho bệnh nhân ngoại trú		\$95	\$95	\$50
Dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp				
Phòng cấp cứu	Dịch vụ của bác sĩ	\$0	\$0	\$0
	Dịch vụ của cơ sở (được miễn nếu nhập viện)	\$400 mỗi lần thăm khám	\$400 mỗi lần thăm khám	\$200 mỗi lần thăm khám
Dịch vụ của trung tâm chăm sóc khẩn cấp	(trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$50 mỗi lần thăm khám	\$50 mỗi lần thăm khám	\$15 mỗi lần thăm khám
Chăm sóc tại bệnh viện (dịch vụ nội trú và ngoại trú trong môi trường bệnh viện)				
Nội trú	Dịch vụ của bác sĩ	30%	30%	20%
	Dịch vụ của cơ sở	30% (áp dụng mức khấu trừ)	30% (áp dụng mức khấu trừ)	20% (áp dụng mức khấu trừ)



		Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
Ngoại trú	Dịch vụ của bác sĩ	30%	30%	20%
	Dịch vụ của cơ sở	30%	30%	20%
Chăm sóc nha khoa và thị lực cho trẻ em (nha khoa nhi và thị lực cho trẻ đến 19 tuổi)				
Nha khoa	Khám răng miệng	\$0	\$0	\$0
	Làm sạch phòng ngừa	\$0	\$0	\$0
	Bôi fluoride bảo vệ răng	\$0	\$0	\$0
Thị lực	Khám mắt toàn diện	\$0	\$0	\$0
	Kính (gọng sưu tập) ⁴	\$0	\$0	\$0
	Kính áp tròng (cứng hoặc mềm, tự chọn hoặc không tự chọn)	\$0	\$0	\$0
Thuốc theo toa từ nhà thuốc trong mạng lưới địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giao tận nhà của Amazon Pharmacy				
Thuốc và dụng cụ ngừa thai	30 ngày dùng thuốc	\$0	\$0	\$0
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0	\$0	\$0
Bậc 1	30 ngày dùng thuốc	\$20 mỗi đơn thuốc	\$20 mỗi đơn thuốc	\$10 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$60 mỗi đơn thuốc	\$60 mỗi đơn thuốc	\$30 mỗi đơn thuốc
Bậc 2	30 ngày dùng thuốc	\$65 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$65 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$30 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$195 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$195 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$90 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
Bậc 3	30 ngày dùng thuốc	\$95 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$95 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$50 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$285 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$285 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$150 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)

		Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
Bậc 4	30 ngày dùng thuốc	20% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	20% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	15% (tối đa \$150 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	20% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	20% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	15% (tối đa \$450 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
Các quyền lợi bổ sung				
Đủ điều kiện mở tài khoản tiết kiệm y tế (HSA)	Tham khảo ý kiến cố vấn tài chính hoặc thuế của quý vị nếu có thắc mắc về HSA	Không	Không	Không
Bảo hiểm chăm sóc ngoài tiểu bang	Khu vực dịch vụ BlueCard®	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>
Các dịch vụ chuyên nghiệp khác	Tư vấn Teladoc Health	\$0	\$0	\$0
	Dịch vụ trị liệu cột sống	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm

		Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
Chương trình có thể mua được qua		Chỉ Covered California	Blue Shield và Covered California	Blue Shield và Covered California
Mức tiền theo quyền lợi phản ánh chi phí của hội viên khi nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới				
Các khoản khấu trừ và khoản tự trả tối đa				
Mức khấu trừ y tế cho năm theo lịch		\$200 cho cá nhân / \$400 cho gia đình ¹	\$0	\$0
Mức khấu trừ tại nhà thuốc cho năm theo lịch		\$0	\$0	\$0
Khoản tự trả tối đa cho năm theo lịch ²		\$3,000 cho cá nhân / \$6,000 cho gia đình	\$9,600 cho cá nhân / \$19,200 cho gia đình	\$5,500 cho cá nhân / \$11,000 cho gia đình
Dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp của quý vị (dịch vụ của bác sĩ)				
Chăm sóc ban đầu	Chăm sóc phòng ngừa	\$0	\$0	\$0
	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$5	\$40	\$20
Bác sĩ chuyên khoa	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$8	\$80	\$45
Sức khỏe tâm thần / rối loạn sử dụng chất	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$5	\$40	\$20
Phòng thí nghiệm và xét nghiệm (dịch vụ X-quang, chụp, bệnh lý học và xét nghiệm chẩn đoán)				
Dịch vụ phòng thí nghiệm và bệnh lý học tại trung tâm phòng thí nghiệm		\$10	\$40	\$25
Dịch vụ chụp cơ bản (bao gồm X-quang và siêu âm) tại trung tâm X-quang dành cho bệnh nhân ngoại trú		\$10	\$85	\$35
Dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp				
Phòng cấp cứu	Dịch vụ của bác sĩ	\$0	\$0	\$0
	Dịch vụ của cơ sở (được miễn nếu nhập viện)	\$50 mỗi lần thăm khám	\$350 mỗi lần thăm khám	\$225 mỗi lần thăm khám
Dịch vụ của trung tâm chăm sóc khẩn cấp	(trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$5 mỗi lần thăm khám	\$40 mỗi lần thăm khám	\$20 mỗi lần thăm khám
Chăm sóc tại bệnh viện (dịch vụ nội trú và ngoại trú trong môi trường bệnh viện)				
Nội trú	Dịch vụ của bác sĩ	10%	\$0	\$0
	Dịch vụ của cơ sở	10% (áp dụng mức khấu trừ)	\$375 mỗi ngày (tối đa 5 ngày mỗi lần nhập viện)	\$325 mỗi ngày (tối đa 5 ngày mỗi lần nhập viện)



		Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
Ngoại trú	Dịch vụ của bác sĩ	10%	\$75 mỗi lần thăm khám	\$50 mỗi lần thăm khám
	Dịch vụ của cơ sở	10%	20%	10%
Chăm sóc nha khoa và thị lực cho trẻ em (nha khoa nhi và thị lực cho trẻ đến 19 tuổi)				
Nha khoa	Khám răng miệng	\$0	\$0	\$0
	Làm sạch phòng ngừa	\$0	\$0	\$0
	Bôi fluoride bảo vệ răng	\$0	\$0	\$0
Thị lực	Khám mắt toàn diện	\$0	\$0	\$0
	Kính (gọng sưu tập) ⁴	\$0	\$0	\$0
	Kính áp tròng (cứng hoặc mềm, tự chọn hoặc không tự chọn)	\$0	\$0	\$0
Thuốc theo toa từ nhà thuốc trong mạng lưới địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giao tận nhà của Amazon Pharmacy				
Thuốc và dụng cụ ngừa thai	30 ngày dùng thuốc	\$0	\$0	\$0
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0	\$0	\$0
Bậc 1	30 ngày dùng thuốc	\$3 mỗi đơn thuốc	\$19 mỗi đơn thuốc	\$10 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$9 mỗi đơn thuốc	\$57 mỗi đơn thuốc	\$30 mỗi đơn thuốc
Bậc 2	30 ngày dùng thuốc	\$10 mỗi đơn thuốc	\$60 mỗi đơn thuốc	\$25 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$30 mỗi đơn thuốc	\$180 mỗi đơn thuốc	\$75 mỗi đơn thuốc
Bậc 3	30 ngày dùng thuốc	\$15 mỗi đơn thuốc	\$90 mỗi đơn thuốc	\$45 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$45 mỗi đơn thuốc	\$270 mỗi đơn thuốc	\$135 mỗi đơn thuốc
Bậc 4	30 ngày dùng thuốc	10% (tối đa \$150 mỗi đơn thuốc)	20% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc)	10% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	10% (tối đa \$450 mỗi đơn thuốc)	20% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc)	10% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc)
Các quyền lợi bổ sung				
Đủ điều kiện mở tài khoản tiết kiệm y tế (HSA)	Tham khảo ý kiến cố vấn tài chính hoặc thuế của quý vị nếu có thắc mắc về HSA	Không	Không	Không

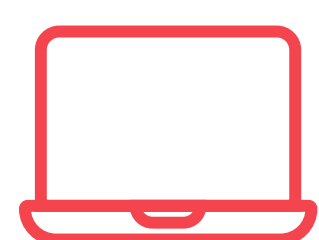
		Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
Bảo hiểm chăm sóc ngoài tiểu bang	Khu vực dịch vụ BlueCard®	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>	Phạm vi bảo hiểm giới hạn – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>
Các dịch vụ chuyên nghiệp khác	Tư vấn Teladoc Health	\$0	\$0	\$0
	Dịch vụ trị liệu cột sống	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm

Bảng này cung cấp chi tiết về các khoản khấu trừ, đồng tchi trả và giá trị đồng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ phổ biến khi sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới. Đây không phải là hợp đồng. Chỉ được hưởng các quyền lợi của chương trình nếu sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới IFP Trio HMO. Các dịch vụ nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới và nhóm y tế của quý vị sẽ không được bảo hiểm chi trả, ngoại trừ cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc tiếp theo. Để biết đầy đủ thông tin về chương trình, hãy tham khảo *Evidence of Coverage* có sẵn tại blueshieldca.com/policies hoặc gọi cho chúng tôi theo số **(888) 256-3650**.

- 1 Bảo hiểm gia đình có khoản khấu trừ cho cá nhân trong khoản khấu trừ cho gia đình. Blue Shield sẽ chi trả quyền lợi cho từng hội viên trong chương trình dành cho gia đình khi hội viên đó đạt mức khấu trừ cho 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 cho gia đình. Có thể đạt mức khấu trừ cho gia đình khi có hai thành viên gia đình đạt mức khấu trừ cho cá nhân của họ, hoặc mức đóng góp khấu trừ chung của ba thành viên trở lên đạt đến giới hạn khấu trừ cho gia đình.
- 2 Bảo hiểm gia đình bao gồm khoản tự trả tối đa (OOPM) cho cá nhân trong tổng OOPM của gia đình. Blue Shield chi trả 100% cho tất cả các dịch vụ được bảo hiểm cho thành viên gia đình khi người đó đạt đến OOPM cho cá nhân của họ. Blue Shield chi trả 100% cho tất cả các thành viên gia đình được bảo hiểm khi đạt đến OOPM cho gia đình. Có thể đạt đến OOPM cho gia đình khi có hai thành viên gia đình đạt đến OOPM cho cá nhân của họ, hoặc mức đóng góp OOPM chung của ba thành viên trở lên đạt đến giới hạn cho gia đình.
- 3 Ba lần thăm khám đầu tiên có khoản đồng chi trả \$100 trước khi đạt đến mức khấu trừ y tế cho năm theo lịch. Hội viên sẽ thanh toán toàn bộ phí theo hợp đồng cho các lần thăm khám tiếp theo cho đến khi đạt đến mức khấu trừ y tế cho năm theo lịch. Sau đó, một lần nữa, hội viên sẽ thanh toán khoản đồng chi trả \$100 cho các lần thăm khám tại phòng khám chuyên khoa.
- 4 Gọng sưu tập là các loại gọng được Người quản trị quyền lợi chọn trước, được bảo hiểm đầy đủ mà không phải tự chi trả. Gọng không phải sưu tập là các gọng bán lẻ tiêu chuẩn hoặc gọng thiết kế khác với mức cho phép cố định.



Quý vị có thắc mắc, cần được báo giá, hoặc muốn đăng ký?



Truy cập blueshieldca.com/getblue hoặc liên hệ với người môi giới của quý vị.

Amazon Pharmacy độc lập với Blue Shield of California và được ký hợp đồng cung cấp dịch vụ giao thuốc theo đơn tại nhà cho các hội viên có quyền lợi dược phẩm của Blue Shield. Các hội viên có trách nhiệm chi trả phần chia sẻ chi phí của mình như đã nêu trong chi tiết quyền lợi chương trình.

Thông Báo Hỗ Trợ Ngôn Ngữ

For assistance in English at no cost, call **(866) 346-7198**. Para obtener asistencia en español sin cargo, llame al **(866) 346-7198**. 如果需要中文的免费帮助，请拨打这个号码 **(866) 346-7198**。

Thông Báo về Không Phân Biệt Đối Xử

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

