
Chương trình cá nhân và gia đình: Chương trình bảo hiểm sức khỏe PPO

Có hiệu lực từ tháng 1/2027



Chương trình bảo hiểm sức khỏe PPO



Với chương trình PPO của Blue Shield of California, quý vị có thể được chăm sóc theo cách của riêng mình. Các chương trình này cho phép quý vị chọn bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện cho riêng mình mà không cần giới thiệu. Với khả năng tiếp cận trên 71,000 bác sĩ và 325 bệnh viện trong Mạng lưới nhà cung cấp độc quyền PPO, các chương trình PPO của chúng tôi có thể đem đến cho quý vị lựa chọn và sự linh hoạt mà quý vị đang tìm kiếm.

Ngoài cách thông thường là gặp trực tiếp bác sĩ, các hội viên cũng có thể được bác sĩ chăm sóc qua video hoặc điện thoại ngay tại nhà một cách thuận tiện. Để tìm bác sĩ trong Mạng lưới nhà cung cấp độc quyền PPO trực tiếp và trực tuyến, hãy truy cập blueshieldca.com/networkifpppo. Để xem danh sách các nhóm cung cấp dịch vụ y tế và bệnh viện trong khu vực của quý vị, hãy truy cập blueshieldca.com/ppo-providers.



Cách chọn chương trình

Chúng tôi có rất nhiều chương trình PPO 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 quý vị được chăm sóc khi nào. 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 có đủ điều kiện để nhận trợ giúp tài chính từ chính phủ 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). 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.

		Blue Shield Minimum Coverage PPO	Bronze 7250 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
Chương trình có thể mua được qua		Blue Shield và Covered California	Chỉ Blue Shield	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		\$12,000 cho cá nhân / \$24,000 cho gia đình ¹	\$7,250 cho cá nhân / \$14,500 cho gia đình ¹	\$7,800 cho cá nhân / \$15,600 cho gia đình ¹
Mức khấu trừ tại nhà thuốc cho năm theo lịch		Đã bao gồm trong khoản khấu trừ y tế	Đã bao gồm trong khoản khấu trừ y tế	Đã bao gồm trong khoản khấu trừ y tế
Khoản tự trả tối đa cho năm theo lịch ³		\$12,000 cho cá nhân / \$24,000 cho gia đình	\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình	\$7,800 cho cá nhân / \$15,600 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)	\$0 cho 3 lần thăm khám đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ⁴	\$65 cho 3 lần thăm khám trực tiếp đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ⁴	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	\$0	Không được bảo hiểm
Bác sĩ chuyên khoa	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	\$95 cho 3 lần thăm khám trực tiếp đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ⁴	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	\$0	Không được bảo hiểm
Sức khỏe tâm thần / rối loạn sử dụng chất	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$0 cho 3 lần thăm khám đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ⁴	\$65 cho 3 lần thăm khám trực tiếp đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ⁴	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	\$0	Không được bảo hiểm
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		\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	\$70	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
Dịch vụ chụp cơ bản (bao gồm X-quang và siêu âm) tại trung tâm X-quang dành cho bệnh nhân ngoại trú		\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)



		Blue Shield Minimum Coverage PPO	Bronze 7250 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
Dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp				
Phòng cấp cứu	Dịch vụ của bác sĩ	\$0	50% (áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	Dịch vụ của cơ sở (được miễn nếu nhập viện)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
Dịch vụ của trung tâm chăm sóc khẩn cấp	(trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$0 cho 3 lần thăm khám đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ⁴	\$65 cho 3 lần thăm khám trực tiếp đầu tiên cho mỗi năm theo lịch trước khi khấu trừ được áp dụng, sau đó là \$0 sau khấu trừ ⁴ \$0 cho các lần thăm khám Virtual Blue SM	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
Chăm sóc tại bệnh viện (dịch vụ nội trú và ngoại trú trong môi trường bệnh viện)				
Nội trú	Dịch vụ của bác sĩ	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	Dịch vụ của cơ sở	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
Ngoại trú	Dịch vụ của bác sĩ	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	Dịch vụ của cơ sở	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
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 sườn tập) ⁶	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	\$0	\$0
	Kính áp tròng (cứng hoặc mềm, tự chọn hoặc không tự chọn)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	\$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

		Blue Shield Minimum Coverage PPO	Bronze 7250 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
Bậc 1	30 ngày dùng thuốc	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	\$10 mỗi đơn thuốc	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	\$30 mỗi đơn thuốc	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
Bậc 2	30 ngày dùng thuốc	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
Bậc 3	30 ngày dùng thuốc	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
Bậc 4	30 ngày dùng thuốc	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	50% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)
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	Có
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 Tờ Bảo Hiểm)	Tất cả dịch vụ được bảo hiểm – 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	50% (áp dụng mứckhấu trừ, 15 lần thăm khám cho mỗi hội viên trong một năm theo lịch)	Không được bảo hiểm

		Blue Shield Bronze 60 PPO	Silver 2800 HDHP PPO	Silver 1850 PPO
Chương trình có thể mua được qua		Blue Shield và Covered California	Chỉ Blue Shield	Chỉ Blue Shield
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		\$5,800 cho cá nhân / \$11,600 cho gia đình ¹	Chương trình cho cá nhân: \$2,800 Chương trình cho gia đình: \$3,500 cho cá nhân / \$5,600 cho gia đình ²	\$1,850 cho cá nhân / \$3,700 cho gia đình ¹
Mức khấu trừ tại nhà thuốc cho năm theo lịch		\$450 cho cá nhân / \$900 cho gia đình ¹	Đã bao gồm trong khoản khấu trừ y tế	\$350 cho cá nhân / \$700 cho gia đình ¹
Khoản tự trả tối đa cho năm theo lịch ³		\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình	\$8,700 cho cá nhân / \$14,700 cho gia đình	\$11,500 cho cá nhân / \$23,000 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)	\$60	35% (áp dụng mức khấu trừ)	\$55
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	\$0	\$0
Bác sĩ chuyên khoa	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$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 ⁵	35% (áp dụng mức khấu trừ)	\$85
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	\$0	\$0
Sức khỏe tâm thần / rối loạn sử dụng chất	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$60	35% (áp dụng mức khấu trừ)	\$55
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	\$0	\$0
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	35% (áp dụng mức khấu trừ)	\$50
Dịch vụ chụp cơ bản (bao gồm X-quang và siêu âm) tại trung tâm X-quang dành cho bệnh nhân ngoại trú		40% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)



		Blue Shield Bronze 60 PPO	Silver 2800 HDHP PPO	Silver 1850 PPO
Dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp				
Phòng cấp cứu	Dịch vụ của bác sĩ	\$0	\$0 (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)
	Dịch vụ của cơ sở (được miễn nếu nhập viện)	40% (áp dụng mức khấu trừ)	\$150 mỗi lần thăm khám + 40% (áp dụng mức khấu trừ)	\$300 mỗi lần thăm khám + 40% (áp dụng mức khấu trừ)
Dịch vụ của trung tâm chăm sóc khẩn cấp	(trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$60 mỗi lần thăm khám	35% (áp dụng mức khấu trừ)	\$55 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	40% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)
	Dịch vụ của cơ sở	40% (áp dụng mức khấu trừ)	40% (áp dụng mức khấu trừ)	40% (áp dụng mức khấu trừ)
Ngoại trú	Dịch vụ của bác sĩ	40% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)
	Dịch vụ của cơ sở	40% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)	35% (áp dụng mức khấu trừ)
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 sườn tập) ⁶	\$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 (áp dụng mức khấu trừ)	\$20 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$60 mỗi đơn thuốc	\$60 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ)	\$60 mỗi đơn thuốc

		Blue Shield Bronze 60 PPO	Silver 2800 HDHP PPO	Silver 1850 PPO
Bậc 2	30 ngày dùng thuốc	40% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	40% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$75 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	40% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	40% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$225 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
Bậc 3	30 ngày dùng thuốc	40% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	40% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$150 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	40% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	40% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	\$450 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
Bậc 4	30 ngày dùng thuốc	40% (tối đa \$500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	40% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	35% (tối đa \$250 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	40% (tối đa \$1,500 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	40% (tối đa \$750 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ)	35% (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>	Tất cả dịch vụ được bảo hiểm – tham khảo <i>Evidence of Coverage</i>	Tất cả dịch vụ được bảo hiểm – 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	35% (áp dụng mức khấu trừ, 15 lần thăm khám cho mỗi hội viên trong một năm theo lịch)	\$15 mỗi lần thăm khám (15 lần thăm khám cho mỗi hội viên trong một năm theo lịch)

		Blue Shield Silver 70 PPO	Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 73 PPO
Chương trình có thể mua được qua		Blue Shield và Covered California	Chỉ Blue Shield	Chỉ 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		\$4,700 cho cá nhân / \$9,400 cho gia đình ¹	\$4,700 cho cá nhân / \$9,400 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		\$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 ³		\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình	\$11,650 cho cá nhân / \$23,300 cho gia đình	\$9,600 cho cá nhân / \$19,200 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	\$50
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
Bác sĩ chuyên khoa	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$100	\$100	\$100
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
Sức khỏe tâm thần / rối loạn sử dụng chất	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$50	\$50	\$50
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
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	\$50
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	\$95
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	\$400 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	\$50 mỗi lần thăm khám

		Blue Shield Silver 70 PPO	Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 73 PPO
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%	30%
	Dịch vụ của cơ sở	30% (áp dụng mức khấu trừ)	30% (áp dụng mức khấu trừ)	30% (áp dụng mức khấu trừ)
Ngoại trú	Dịch vụ của bác sĩ	30%	30%	30%
	Dịch vụ của cơ sở	30%	30%	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 sườn tập) ⁶	\$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	\$20 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$60 mỗi đơn thuốc	\$60 mỗi đơn thuốc	\$60 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)	\$65 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)	\$195 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)	\$95 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)	\$285 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)

		Blue Shield Silver 70 PPO	Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 73 PPO
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)	20% (tối đa \$250 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)	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	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 87 PPO	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Platinum 90 PPO
Chương trình có thể mua được qua		Chỉ Covered California	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		\$1,100 cho cá nhân / \$2,200 cho gia đình ¹	\$200 cho cá nhân / \$400 cho gia đình ¹	\$0	\$0
Mức khấu trừ tại nhà thuốc cho năm theo lịch		\$50 cho cá nhân / \$100 cho gia đình ¹	\$0	\$0	\$0
Khoản tự trả tối đa cho năm theo lịch ³		\$4,000 cho cá nhân / \$8,000 cho gia đình	\$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	\$0
	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$15	\$5	\$40	\$20
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
Bác sĩ chuyên khoa	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$30	\$8	\$80	\$45
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
Sức khỏe tâm thần / rối loạn sử dụng chất	Thăm khám tại văn phòng (trực tiếp hoặc sức khỏe từ xa)	\$15	\$5	\$40	\$20
	Chương trình Virtual Blue SM	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm
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		\$35	\$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		\$50	\$10	\$85	\$35
Dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp					
Phòng cấp cứu	Dịch vụ của bác sĩ	\$0	\$0	\$0	\$0
	Dịch vụ của cơ sở (được miễn nếu nhập viện)	\$200 mỗi lần thăm khám	\$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)	\$15 mỗi lần thăm khám	\$5 mỗi lần thăm khám	\$40 mỗi lần thăm khám	\$20 mỗi lần thăm khám

		Blue Shield Silver 87 PPO	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Platinum 90 PPO
Chăm sóc tại bệnh viện (dịch vụ nội trú và ngoại trú trong môi trường bệnh viện)					
Nội trú	Dịch vụ của bác sĩ	20%	10%	30%	10%
	Dịch vụ của cơ sở	20% (áp dụng mức khấu trừ)	10% (áp dụng mức khấu trừ)	30%	10%
Ngoại trú	Dịch vụ của bác sĩ	20%	10%	30%	10%
	Dịch vụ của cơ sở	20%	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	\$0
	Làm sạch phòng ngừa	\$0	\$0	\$0	\$0
	Bôi fluoride bảo vệ răng	\$0	\$0	\$0	\$0
Thị lực	Khám mắt toàn diện	\$0	\$0	\$0	\$0
	Kính (gọng sưu tập) ⁶	\$0	\$0	\$0	\$0
	Kính áp tròng (cứng hoặc mềm, tự chọn hoặc không tự chọn)	\$0	\$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	\$0
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$0	\$0	\$0	\$0
Bậc 1	30 ngày dùng thuốc	\$10 mỗi đơn thuốc	\$3 mỗi đơn thuốc	\$19 mỗi đơn thuốc	\$10 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$30 mỗi đơn thuốc	\$9 mỗi đơn thuốc	\$57 mỗi đơn thuốc	\$30 mỗi đơn thuốc
Bậc 2	30 ngày dùng thuốc	\$30 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$10 mỗi đơn thuốc	\$60 mỗi đơn thuốc	\$25 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$90 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$30 mỗi đơn thuốc	\$180 mỗi đơn thuốc	\$75 mỗi đơn thuốc
Bậc 3	30 ngày dùng thuốc	\$50 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$15 mỗi đơn thuốc	\$90 mỗi đơn thuốc	\$45 mỗi đơn thuốc
	90 ngày dùng thuốc được giao tận nhà	\$150 mỗi đơn thuốc (áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	\$45 mỗi đơn thuốc	\$270 mỗi đơn thuốc	\$135 mỗi đơn thuốc

		Blue Shield Silver 87 PPO	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Platinum 90 PPO
Bậc 4	30 ngày dùng thuốc	15% (tối đa \$150 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà 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	15% (tối đa \$450 mỗi đơn thuốc và áp dụng mức khấu trừ tại nhà thuốc)	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	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>	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	\$0
	Dịch vụ trị liệu cột sống	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm

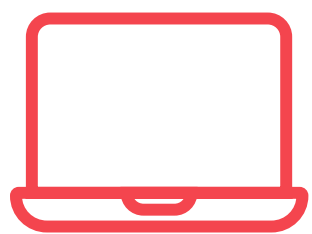
Bảng này cung cấp chi tiết về các khoản khấu trừ, đồng tchi trả và giá trị đồng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ phổ biến khi sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới. Đây không phải là hợp đồng. Để biết đầy đủ thông tin về chương trình, bao gồm cả các quyền lợi ngoài mạng lưới, hãy tham khảo *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 Đối với chương trình cho cá nhân, quý vị sẽ thanh toán toàn bộ phí theo hợp đồng (hoặc “mức tiền cho phép”) cho các dịch vụ được khấu trừ cho đến khi đạt đến mức khấu trừ cho cá nhân là \$2,800, sau đó Blue Shield sẽ chia sẻ chi phí. Đối với các chương trình cho gia đình, mỗi thành viên có khoản khấu trừ cá nhân tích hợp là \$3,500. Blue Shield sẽ bắt đầu chia sẻ chi phí cho thành viên đó khi họ đạt đến mức này. Blue Shield bắt đầu chia sẻ chi phí cho tất cả các hội viên trong gia đình sau khi đạt được mức khấu trừ \$5,600 cho gia đình, bất kể đó là mức chi tiêu của một người hay mức chi tiêu chung của gia đình.
- 3 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.
- 4 Được ba lần thăm khám đầu tiên trước khi đạt đến mức khấu trừ y tế cho năm theo lịch và bao gồm tổng số lần đến khám bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc cấp cứu, châm cứu, sức khỏe tâm thần ngoại trú, rối loạn sử dụng chất ngoại trú và các loại thăm khám với chuyên viên y tế khác. Tất cả các lần thăm khám sau đó được khấu trừ y tế cho năm theo lịch.
- 5 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.
- 6 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。

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
A12179-PP0-M-VI_0127



Trở lại đầu trang