Hiểu rõ về các chương trình: bảng tóm lược quyền lợi

Biểu đồ trên một số trang tiếp theo cho quý vị biết mẫu quyền lợi của mỗi chương trình. Hãy xem lại biểu đồ dưới đây để hiểu rõ cách đọc những biểu đồ này.

Sau đây là sơ lược về cách dùng biểu đồ

Các đặc điểm nổi bật về quyền lợi	KP Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange
Loại chương trình	**Khoản Khấu Trừ**
Tiền khấu trừ y tế hàng năm (cá nhân/gia đình)	$4,750/$9,500
Chi phí tự trả tối đa hàng năm (cá nhân/gia đình)	$8,750/$17,500
Quyền lợi	
Chăm sóc trực tuyến	
Trò chuyện, Email, Khám qua mạng, Điện thoại và Khám qua video	Miễn phí
Chăm sóc phòng ngừa	
Khám sức khỏe định kỳ, chụp quang tuyến vú, v.v.	Miễn phí
Dịch vụ ngoại trú (mỗi lần thăm khám hoặc thủ thuật)	
Thăm khám chăm sóc chính tại văn phòng	$45
Khám tại văn phòng chăm sóc chuyên khoa	$85
Hầu hết các loại chụp X-quang	$95
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	$50
Chụp MRI, CT, PET	$325
Phẫu thuật ngoại trú	20%
Khám sức khỏe tâm thần	$45
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện	
Phòng bệnh và thức ăn, phẫu thuật, gây mê, chụp X-quang, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, thuốc men, chăm sóc sức khỏe tâm thần	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc thai sản	
Khám thai định kỳ, thăm khám hậu sản lần đầu	Miễn phí
Sinh con và chăm sóc phòng ngừa nội trú cho trẻ nhỏ	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp	
Thăm khám tại Khoa Cấp Cứu	$400
Khám chăm sóc khẩn cấp	$45
Thuốc theo toa (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)	
Thuốc gốc	$16 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*
Thuốc biệt dược ưu tiên	$60 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*
Biệt dược không ưu tiên	$60 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*
Thuốc Chuyên Khoa	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc, tối đa $250 mỗi toa thuốc
Sức khỏe tổng thể	
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**

*Đặt mua qua bưu điện: Tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày đối với toa thuốc đủ điều kiện với chi phí chỉ bằng số lượng thuốc dùng trong 60 ngày.

‡Chương trình giảm giá và các dịch vụ khác được hiển thị có thể do các nhóm khác ngoài Kaiser Permanente cung cấp và không được cung cấp hoặc bảo đảm theo gói bảo hiểm này. Các khoản phí bổ sung mà quý vị chi trả sẽ không tính vào tiền khấu trừ hoặc khoản tiền tự trả tối đa.

KP Được cung cấp qua Kaiser Permanente

E Được cung cấp thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi bảo hiểm sức khỏe

Tiền khấu trừ hàng năm

Quý vị cần phải trả số tiền này trước khi chương trình bắt đầu để được chi trả hầu hết các dịch vụ được đài thọ. Trong chương trình mẫu này, quý vị sẽ trả toàn bộ chi phí của các dịch vụ được đài thọ cho tới khi đạt đến số tiền là $4,750 cho bản thân hoặc $9,500 cho gia đình của quý vị. Sau đó, quý vị sẽ bắt đầu trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

Chi phí tự trả tối đa hàng năm

Đây là số tiền tối đa mà quý vị sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc trong năm theo lịch trước khi chương trình của quý vị bắt đầu chi trả 100% cho hầu hết các dịch vụ được đài thọ. Trong ví dụ này, quý vị sẽ không phải trả hơn $8,750 cho bản thân và không hơn $17,500 cho gia đình quý vị cho các khoản tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ trong năm theo lịch.

Chăm sóc phòng ngừa miễn phí

Hầu hết các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa—bao gồm khám sức khỏe định kỳ và phim chụp x quang tuyến vú—được đài thọ miễn phí. Ngoài ra, các dịch vụ này không chịu khoản khấu trừ.

Có những dịch vụ được đài thọ trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ

Với một số dịch vụ, quý vị chỉ trả tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm bất kể quý vị có đạt đến tiền khấu trừ hay không. Trong chương trình này, những lần thăm khám chăm sóc chính được đài thọ tiền đồng trả $45—ngay cả trước khi quý vị đáp ứng tiền khấu trừ. Với chương trình khấu trừ Silver của chúng tôi, những lần thăm khám chăm sóc chính, chăm sóc chuyên khoa và chăm sóc khẩn cấp đều được đài thọ trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ.

Tiền đồng bảo hiểm

Sau khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ, đây là tỷ lệ phần trăm khoản phí mà quý vị có thể trả cho các dịch vụ được đài thọ. Ở đây, quý vị sẽ trả 30% chi phí theo ngày cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện sau khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ. Chương trình của quý vị sẽ trả phần còn lại cho thời gian còn lại của năm theo lịch.

Tiền đồng trả

Đây là số tiền nhất định mà quý vị trả cho các dịch vụ được đài thọ, thường là sau khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ. Trong ví dụ này, quý vị sẽ bắt đầu trả tiền đồng trả là $45 cho những lần thăm khám chăm sóc khẩn cấp, dù quý vị đã đạt đến mức tiền khấu trừ hay chưa.

KP Được cung cấp qua Kaiser Permanente

E Được cung cấp thông qua sàn giao dịch quyền lợi bảo hiểm sức khỏe, Covered California

Các tùy chọn trợ cấp tài chính với tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ thấp hơn áp dụng cho một số chương trình và dành cho người Alaska bản địa cũng như người Mỹ bản địa trên CoveredCA.com.

Các đặc điểm nổi bật về quyền lợi	KP Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 8200/0%	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO
Loại chương trình	**Khoản Khấu Trừ**	**Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có Tiền Khấu Trừ Cao**	**Khoản Khấu Trừ**
Tiền khấu trừ y tế hàng năm (cá nhân/gia đình)	$8,200/$16,400	$7,000/$14,000	$6,300/$12,600
Chi phí tự trả tối đa hàng năm (cá nhân/gia đình)	$8,200/$16,400	$7,000/$14,000	$8,600/$17,200
Quyền lợi			
Chăm sóc trực tuyến			
Email, Khám qua mạng, Điện thoại và Khám qua video	Miễn phí	Email, Khám qua mạng: Miễn phí. Điện thoại và Khám qua video: Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí
Chăm sóc phòng ngừa			
Khám sức khỏe định kỳ, chụp quang tuyến vú, v.v.	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Dịch vụ ngoại trú (mỗi lần thăm khám hoặc thủ thuật)			
Thăm khám chăm sóc chính tại văn phòng	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	3 lần thăm khám đầu tiên $65; sau đó $65 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ‡
Khám tại văn phòng chăm sóc chuyên khoa	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	3 lần thăm khám đầu tiên $95; sau đó $95 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ‡
Hầu hết các loại chụp X-quang	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$40
Chụp MRI, CT, PET	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Phẫu thuật ngoại trú	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Khám sức khỏe tâm thần	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện			
Phòng bệnh và thức ăn, phẫu thuật, gây mê, chụp X-quang, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, thuốc men, chăm sóc sức khỏe tâm thần	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc thai sản			
Khám thai định kỳ, thăm khám hậu sản lần đầu	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Sinh con và chăm sóc phòng ngừa nội trú cho trẻ nhỏ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp			
Thăm khám tại Khoa Cấp Cứu	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Khám chăm sóc khẩn cấp	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	3 lần thăm khám đầu tiên $65; sau đó $65 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ‡
Thuốc theo toa (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)			
Thuốc gốc	$20*	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$18 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $500 cho nhà thuốc*
Thuốc biệt dược ưu tiên	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $500 cho nhà thuốc, tối đa $500 mỗi toa thuốc
Biệt dược không ưu tiên	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $500 cho nhà thuốc, tối đa $500 mỗi toa thuốc
Thuốc Chuyên Khoa	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	40% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $500 cho nhà thuốc, tối đa $500 mỗi toa thuốc
Sức khỏe tổng thể			
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**

‡ Chương trình Kaiser Permanente Bronze 60 HMO bao gồm 3 lần thăm khám tại văn phòng cho tiền đồng trả quyền lợi trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ. Những lần thăm khám tại văn phòng bao gồm chăm sóc chính, chuyên khoa, khẩn cấp hoặc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú và chăm sóc sử dụng thuốc.

* Đặt mua qua bưu điện: Tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày đối với toa thuốc đủ điều kiện với chi phí chỉ bằng số lượng thuốc dùng trong 60 ngày.

† Quảng cáo mắt kính và các dịch vụ khác được hiển thị có thể do các nhóm khác ngoài Kaiser Permanente cung cấp và không được cung cấp hoặc bảo đảm theo gói bảo hiểm này. Các khoản phí bổ sung mà quý vị chi trả sẽ không tính vào tiền khấu trừ hoặc khoản tiền tự trả tối đa.

Bảng tóm lược chương trình này nêu bật các câu hỏi thường gặp nhất về quyền lợi, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ. Vui lòng tham khảo *Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên Kết Hợp, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình* (EOC) để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình của quý vị hoặc các giới hạn và trường hợp loại trừ cụ thể. Để yêu cầu bản sao EOC, vui lòng truy cập **kp.org/plandocuments** (bằng tiếng Anh), gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** hoặc liên hệ với người môi giới của quý vị.

KP Được cung cấp qua Kaiser Permanente

E Được cung cấp thông qua sàn giao dịch quyền lợi bảo hiểm sức khỏe, Covered California

Các tùy chọn trợ cấp tài chính với tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ thấp hơn áp dụng cho một số chương trình và dành cho người Alaska bản địa cũng như người Mỹ bản địa trên CoveredCA.com.

Các đặc điểm nổi bật về quyền lợi	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/20%	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50
Loại chương trình	**Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có Tiền Khấu Trừ Cao**	**Tiền khấu trừ**	**Tiền khấu trừ**	**Tiền khấu trừ**
Tiền khấu trừ y tế hàng năm (cá nhân/gia đình)	$3,600/$7,200	$4,750/$9,500	$4,750/$9,500	$2,850/$5,700
Chi phí tự trả tối đa hàng năm (cá nhân/gia đình)	$7,000/$14,000	$8,750/$17,500	$8,750/$17,500	$8,750/$17,500
Quyền lợi				
Chăm sóc trực tuyến				
Email, Khám qua mạng, Điện thoại và Khám qua video	Email, Khám qua mạng: Miễn phí. Điện thoại và Khám qua video: Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Chăm sóc phòng ngừa				
Khám sức khỏe định kỳ, chụp quang tuyến vú, v.v.	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Dịch vụ ngoại trú (mỗi lần thăm khám hoặc thủ thuật)				
Thăm khám chăm sóc chính tại văn phòng	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$45	$45	$50
Khám tại văn phòng chăm sóc chuyên khoa	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$85	$85	$80
Hầu hết các loại chụp X-quang	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$95	$95	$70 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$50	$50	$30 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chụp MRI, CT, PET	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$325	$325	$350 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Phẫu thuật ngoại trú	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	20%	20%	35% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Khám sức khỏe tâm thần	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$45	$45	$50
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện				
Phòng bệnh và thức ăn, phẫu thuật, gây mê, chụp X-quang, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, thuốc men, chăm sóc sức khỏe tâm thần	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	35% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc thai sản				
Khám thai định kỳ, thăm khám hậu sản lần đầu	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Sinh con và chăm sóc phòng ngừa nội trú cho trẻ nhỏ	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	35% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp				
Thăm khám tại Khoa Cấp Cứu	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$400	$400	$350 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Khám chăm sóc khẩn cấp	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	$45	$45	$50
Thuốc theo toa (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)				
Thuốc gốc	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ, tối đa $250 mỗi toa thuốc	$16 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*	$16 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*	$20*
Thuốc biệt dược ưu tiên	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ, tối đa $250 mỗi toa thuốc	$60 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*	$60 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*	$75 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $450 cho nhà thuốc*
Biệt dược không ưu tiên	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ, tối đa $250 mỗi toa thuốc	$60 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*	$60 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc*	$75 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $450 cho nhà thuốc*
Thuốc Chuyên Khoa	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ, tối đa $250 mỗi toa thuốc	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc, tối đa $250 mỗi toa thuốc	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $85 cho nhà thuốc, tối đa $250 mỗi toa thuốc	35% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $450 cho nhà thuốc, tối đa $250 mỗi toa thuốc
Sức khỏe tổng thể				
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**

* Đặt mua qua bưu điện: Tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày đối với toa thuốc đủ điều kiện với chi phí chỉ bằng số lượng thuốc dùng trong 60 ngày.

† Quảng cáo mắt kính và các dịch vụ khác được hiển thị có thể do các nhóm khác ngoài Kaiser Permanente cung cấp và không được cung cấp hoặc bảo đảm theo gói bảo hiểm này. Các khoản phí bổ sung mà quý vị chi trả sẽ không tính vào tiền khấu trừ hoặc khoản tiền tự trả tối đa.

Bảng tóm lược chương trình này nêu bật các câu hỏi thường gặp nhất về quyền lợi, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ. Vui lòng tham khảo *Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên Kết Hợp, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình* (EOC) để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình của quý vị hoặc các giới hạn và trường hợp loại trừ cụ thể. Để yêu cầu bản sao EOC, vui lòng truy cập **kp.org/plandocuments** (bằng tiếng Anh), gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** hoặc liên hệ với người môi giới của quý vị.

KP Được cung cấp qua Kaiser Permanente

E Được cung cấp thông qua sàn giao dịch quyền lợi bảo hiểm sức khỏe, Covered California

Các tùy chọn trợ cấp tài chính với tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ thấp hơn áp dụng cho một số chương trình và dành cho người Alaska bản địa cũng như người Mỹ bản địa trên CoveredCA.com.

Các đặc điểm nổi bật về quyền lợi	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP E Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP E Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO††
Loại chương trình	**Tiền đồng trả**	**Tiền đồng trả**	**Tiền đồng trả**	**Tiền khấu trừ**
Tiền khấu trừ y tế hàng năm (cá nhân/gia đình)	Không có/Không có	Không có/Không có	Không có/Không có	$9,100/$18,200
Chi phí tự trả tối đa hàng năm (cá nhân/gia đình)	$8,550/$17,100	$8,550/$17,100	$4,500/$9,000	$9,100/$18,200
Quyền lợi				
Chăm sóc trực tuyến				
Email, Khám qua mạng, Điện thoại và Khám qua video	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Chăm sóc phòng ngừa				
Khám sức khỏe định kỳ, chụp quang tuyến vú, v.v.	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Dịch vụ ngoại trú (mỗi lần thăm khám hoặc thủ thuật)				
Thăm khám chăm sóc chính tại văn phòng	$35	$35	$15	3 lần thăm khám tại văn phòng đầu tiên miễn phí.*** Những lần thăm khám bổ sung miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Khám tại văn phòng chăm sóc chuyên khoa	$65	$65	$30	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Hầu hết các loại chụp X-quang	$75	$75	$30	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	$40	$40	$15	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chụp MRI, CT, PET	$75	25%	$75	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Phẫu thuật ngoại trú	$190	20%	$125	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Khám sức khỏe tâm thần	$35	$35	$15	Miễn phí
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện				
Phòng bệnh và thức ăn, phẫu thuật, gây mê, chụp X-quang, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, thuốc men, chăm sóc sức khỏe tâm thần	$350 mỗi ngày, tối đa 5 ngày**	30%	$250 mỗi ngày, tối đa 5 ngày**	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc thai sản				
Khám thai định kỳ, thăm khám hậu sản lần đầu	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Sinh con và chăm sóc phòng ngừa nội trú cho trẻ nhỏ	$350 mỗi ngày, tối đa 5 ngày**	30%	$250 mỗi ngày, tối đa 5 ngày**	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp				
Thăm khám tại Khoa Cấp Cứu	$350	$350	$150	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Khám chăm sóc khẩn cấp	$35	$35	$15	3 lần thăm khám tại văn phòng đầu tiên miễn phí.*** Những lần thăm khám bổ sung miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Thuốc theo toa (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)				
Thuốc gốc	$15*	$15*	$5*	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Thuốc biệt dược ưu tiên	$60*	$60*	$15*	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Biệt dược không ưu tiên	$60*	$60*	$15*	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Thuốc Chuyên Khoa	20% tối đa $250 mỗi toa thuốc	20% tối đa $250 mỗi toa thuốc	10% tối đa $250 mỗi toa thuốc	Miễn phí sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Sức khỏe tổng thể				
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**

* Đặt mua qua bưu điện: Tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày đối với toa thuốc đủ điều kiện với chi phí chỉ bằng số lượng thuốc dùng trong 60 ngày.

† Quảng cáo mắt kính và các dịch vụ khác được hiển thị có thể do các nhóm khác ngoài Kaiser Permanente cung cấp và không được cung cấp hoặc bảo đảm theo gói bảo hiểm này. Các khoản phí bổ sung mà quý vị chi trả sẽ không tính vào tiền khấu trừ hoặc khoản tiền tự trả tối đa.

‡ Chương trình Kaiser Permanente Bronze 60 HMO bao gồm 3 lần thăm khám tại văn phòng cho tiền đồng trả quyền lợi trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ. Những lần thăm khám tại văn phòng bao gồm chăm sóc chính, chuyên khoa, khẩn cấp hoặc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú và chăm sóc sử dụng thuốc.

** Sau 5 ngày, quý vị được miễn phí các dịch vụ được đài thọ có liên quan đến nhập viện.

†† Chỉ những người tham gia dưới 30 tuổi hoặc 30 tuổi trở lên cung cấp chứng nhận của Covered California chứng tỏ hoàn cảnh khó khăn hoặc thiếu bảo hiểm chi phí phải chăng, có thể mua chương trình bảo hiểm tối thiểu của HMO.

*** Chương trình Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO bao gồm 3 lần thăm khám miễn phí tại văn phòng trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ. Những lần thăm khám tại văn phòng bao gồm chăm sóc chính và chăm sóc khẩn cấp.

Bảng tóm lược chương trình này nêu bật các câu hỏi thường gặp nhất về quyền lợi, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ. Vui lòng tham khảo *Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên Kết Hợp, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình* (EOC) để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình của quý vị hoặc các giới hạn và trường hợp loại trừ cụ thể. Để yêu cầu bản sao EOC, vui lòng truy cập **kp.org/plandocuments** (bằng tiếng Anh), gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** hoặc liên hệ với người môi giới của quý vị.

E Được cung cấp thông qua sàn giao dịch quyền lợi bảo hiểm sức khỏe, Covered California

Chương trình giảm mức chi phí cùng chi trả (CSR)

Quý vị phải đủ điều kiện và ghi danh tham gia chương trình CSR trên trang này thông qua Covered California.

Các đặc điểm nổi bật về quyền lợi	E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
Loại chương trình	**Tiền khấu trừ**	**Tiền khấu trừ**	**Tiền khấu trừ**
Tiền khấu trừ y tế hàng năm (cá nhân/gia đình)	$4,750/$9,500	$800/$1,600	$75/$150
Chi phí tự trả tối đa hàng năm (cá nhân/gia đình)	$7,250/$14,500	$3,000/$6,000	$900/$1,800
Quyền lợi			
Chăm sóc trực tuyến			
Email, Khám qua mạng, Điện thoại và Khám qua video	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Chăm sóc phòng ngừa			
Khám sức khỏe định kỳ, chụp quang tuyến vú, v.v.	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Dịch vụ ngoại trú (mỗi lần thăm khám hoặc thủ thuật)			
Thăm khám chăm sóc chính tại văn phòng	$45	$15	$5
Khám tại văn phòng chăm sóc chuyên khoa	$85	$25	$8
Hầu hết các loại chụp X-quang	$90	$40	$8
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	$50	$20	$8
Chụp MRI, CT, PET	$325	$100	$50
Phẫu thuật ngoại trú	20%	15%	10%
Khám sức khỏe tâm thần	$45	$15	$5
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện			
Phòng bệnh và thức ăn, phẫu thuật, gây mê, chụp X-quang, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, thuốc men, chăm sóc sức khỏe tâm thần	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	25% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	10% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc thai sản			
Khám thai định kỳ, thăm khám hậu sản lần đầu	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Sinh con và chăm sóc phòng ngừa nội trú cho trẻ nhỏ	30% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	25% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ	10% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ
Chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp			
Thăm khám tại Khoa Cấp Cứu	$400	$150	$50
Khám chăm sóc khẩn cấp	$45	$15	$5
Thuốc theo toa (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)			
Thuốc gốc	$16 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $30 cho nhà thuốc*	$5 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $25 cho nhà thuốc*	$3*
Thuốc biệt dược ưu tiên	$55 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $30 cho nhà thuốc*	$25 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $25 cho nhà thuốc*	$10*
Biệt dược không ưu tiên	$55 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $30 cho nhà thuốc*	$25 sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $25 cho nhà thuốc*	$10*
Thuốc Chuyên Khoa	20% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $30 cho nhà thuốc, tối đa $250 mỗi toa thuốc	15% sau khi đáp ứng tiền khấu trừ $25 cho nhà thuốc, tối đa $150 mỗi toa thuốc	10% tối đa $150 mỗi toa thuốc
Sức khỏe tổng thể			
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**	Quảng cáo mắt kính† **kp2020.org**

* Đặt mua qua bưu điện: Tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày đối với toa thuốc đủ điều kiện với chi phí chỉ bằng số lượng thuốc dùng trong 60 ngày.
† Quảng cáo mắt kính và các dịch vụ khác được hiển thị có thể do các nhóm khác ngoài Kaiser Permanente cung cấp và không được cung cấp hoặc bảo đảm theo gói bảo hiểm này. Các khoản phí bổ sung mà quý vị chi trả sẽ không tính vào tiền khấu trừ hoặc khoản tiền tự trả tối đa.

Bảng tóm lược chương trình này nêu bật các câu hỏi thường gặp nhất về quyền lợi, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ. Vui lòng tham khảo *Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên Kết Hợp, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình* (EOC) để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình của quý vị hoặc các giới hạn và trường hợp loại trừ cụ thể. Để yêu cầu bản sao EOC, vui lòng truy cập **kp.org/plandocuments** (bằng tiếng Anh), gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** hoặc liên hệ với người môi giới của quý vị.