

SILVER 70 HMO 1900/65* + CHILD DENTAL ALT†

Chương Trình HMO có Tiền Khấu Trừ

†Từ viết tắt “ALT” trong một số tên chương trình nhất định biểu thị chương trình do Kaiser Permanente phát triển khác với các chương trình tiêu chuẩn và có sẵn thông qua Covered California for Small Business. Chương trình Alt cũng bao gồm các quyền lợi chính nắn xương khớp và chăm cứu.

ĐẶC ĐIỂM	HỘI VIÊN TRẢ
TIỀN KHẤU TRỪ CHO CHƯƠNG TRÌNH Cố định	Cá nhân — \$1,900 ¹ Gia đình — \$3,800 ¹
CHI PHÍ TỰ TRẢ TỐI ĐA Cố định	Cá nhân — \$8,750 ^{1,2} Gia đình — \$17,500 ^{1,2}
TẠI VĂN PHÒNG Y TẾ Thăm khám chăm sóc chính	\$65
Thăm khám chăm sóc khẩn cấp	\$65
Thăm khám tại phòng khám chuyên khoa	\$100
Khám phòng ngừa, tiêm vắc-xin (chủng ngừa)	\$0 ³
Chăm sóc tiền sản	\$0 ⁴
Chăm sóc hậu sản	\$0 ⁴
Thăm khám chăm sóc phòng ngừa dành cho trẻ em khỏe mạnh	\$0 ⁵
Tiêm thuốc điều trị dị ứng	\$5 mỗi lần khám
Dịch vụ sinh sản	Không được đài thọ ⁶
Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và âm ngữ trị liệu	\$65
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	\$30
Hầu hết các loại chụp X-quang và xét nghiệm chẩn đoán	\$75
Hầu hết các dạng chụp MRI/CT/PET	\$400 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Giải phẫu dành cho bệnh nhân ngoại trú (mỗi thủ thuật)	45% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ CẤP CỨU Khám tại phòng cấp cứu (được miễn nếu nhập viện trực tiếp)	45% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Xe cứu thương	45% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
THUỐC THEO TOA Thuốc gốc (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)	\$20 ⁷
Biệt dược (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)	\$100 ⁷
Thuốc chuyên khoa (số lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày)	20% mỗi toa thuốc, lên đến tối đa \$250 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ⁷
CHĂM SÓC NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN Dịch vụ của bác sĩ, phòng bệnh và thức ăn, xét nghiệm, thuốc men, vật tư, liệu pháp, dịch vụ sinh sản	45% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (tối đa 100 ngày mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi)	45% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$0
Nội trú (tại bệnh viện)	45% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$0
Nội trú (tại bệnh viện) – chỉ cai nghiện	45% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
KHÁC Thăm khám từ xa	\$0
Chỉnh nắn xương khớp và chăm cứu	\$15 mỗi lần thăm khám (tự giới thiệu; 20 lần khám kết hợp mỗi năm)
Một số dụng cụ y khoa lâu bền (durable medical equipment, DME) (bổ sung và cơ bản)	45% ⁸
Một số bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình	\$0
Chăm sóc nhãn khoa cho trẻ em (kính mắt)	1 cặp kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm ⁹
Khám thị lực cho trẻ em	\$0
Chăm sóc nhãn khoa cho người lớn (kính mắt)	Không được đài thọ ¹⁰
Khám thị lực cho người lớn (khám tật khúc xạ mắt)	\$0
Chăm sóc sức khỏe tại gia (tối đa 100 lần khám mỗi năm)	\$0
Chăm sóc giai đoạn cuối đời	\$0

(còn tiếp)

(tiếp theo)

¹Chương trình này có một khoản chi phí tự trả và tiền khấu trừ tối đa cố định. Mỗi thành viên trong gia đình sẽ bắt đầu thanh toán tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm sau khi đạt đến khoản tiền khấu trừ hoặc khoản chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó (tùy theo quyền lợi) hoặc khi đạt đến khoản tiền khấu trừ hoặc khoản chi phí tự trả tối đa của cả gia đình. Các thành viên trong gia đình không phải trả khoản chia sẻ chi phí khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó hoặc khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cả gia đình.

²Chi phí tự trả tối đa là khoản tiền tối đa mà một cá nhân hoặc gia đình phải trả cho một số dịch vụ nhất định trong một năm.

³Các xét nghiệm phòng ngừa, chụp X-quang và chủng ngừa được đài thọ như một phần của dịch vụ khám phòng ngừa.

⁴Khám chăm sóc tiền sản và khám hậu sản theo lịch trình.

⁵Khám cho trẻ em khỏe mạnh cho đến 23 tháng tuổi.

⁶Chương trình này có thể bổ sung thêm quyền lợi điều trị vô sinh nếu quý vị thanh toán thêm phụ phí. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với người môi giới của quý vị hoặc đại diện Kaiser Permanente.

⁷Thuốc theo toa được đài thọ theo danh mục thuốc của chúng tôi khi được bác sĩ của Chương Trình kê toa và mua tại nhà thuốc thuộc Chương Trình. Một số loại thuốc có mức tiền đồng trả khác. Để biết thêm thông tin về danh mục thuốc của chúng tôi, bao gồm các loại thuốc trong bậc thuốc chuyên khoa, hãy truy cập **kp.org/formulary** (bằng Tiếng Anh) hoặc gọi đến Trung Tâm Liên Lạc Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi.

⁸Cả DME cơ bản và bổ sung đều được đài thọ. Tổng giá trị quyền lợi tối đa cho DME bổ sung là \$2,000 mỗi năm dành cho các dịch vụ (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình). Tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm* để biết thêm thông tin về những mục được đài thọ trong quyền lợi DME của quý vị.

⁹Dưới 19 tuổi. 1 cặp kính mắt, phạm vi lựa chọn giới hạn.

¹⁰Hội viên của Kaiser Permanente được quyền hưởng chiết khấu khi mua kính mắt và kính áp tròng tại các trung tâm kính mắt của Kaiser Permanente. Khoản chiết khấu này không được kết hợp với bất kỳ quyền lợi chăm sóc thị lực nào khác của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe. Khoản chiết khấu không được áp dụng cho bất kỳ chương trình giảm giá, khuyến mại hoặc chương trình kính mắt trọn gói nào; cho hợp đồng mua kính áp tròng dài hạn; hoặc đối với các phụ kiện hoặc thiết bị hỗ trợ thị lực kém. Truy cập **kp2020.org** (bằng tiếng Anh) để biết các địa điểm bán kính mắt của Kaiser Permanente.

Đây chỉ là bản tóm tắt quyền lợi và có thể thay đổi. *Chứng Từ Bảo Hiểm* của KFHP và *Chứng Nhận Bảo Hiểm* của KPIC có giải thích đầy đủ các quyền lợi, trường hợp loại trừ và giới hạn. Thông tin trong tài liệu này không nhằm mô tả tất cả các quyền lợi trong từng chương trình, cũng không được dùng làm *Chứng Từ Bảo Hiểm* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm*.