

Gold 80 HDHP HMO 1750/15%* + Child Dental ALT⁺

Copay HMO Plan

Ngày hiệu lực: ngày 1 tháng 1 – ngày 1 tháng 12 năm 2024

ĐẶC ĐIỂM	HỘI VIÊN TRẢ
TIỀN KHẤU TRỪ THEO CHƯƠNG TRÌNH (Cố định)	Chỉ bản thân \$1,750 ^{1,2} / Cá nhân \$3,200 ^{1,2} / Gia đình \$3,500 ^{1,2}
CHI PHÍ TỰ TRẢ TỐI ĐA (Cố định)	Cá nhân \$3,700 ^{1,3} / Gia đình \$7,400 ^{1,3}
TẠI VĂN PHÒNG Y TẾ	
Thăm khám chăm sóc chính	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Thăm khám chăm sóc khẩn cấp	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Thăm khám tại phòng khám chuyên khoa	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Dịch vụ phòng ngừa (ví dụ: khám sàng lọc, khám chăm sóc tiền sản và hậu sản và chủng ngừa)	\$0 ^{4,5}
Thăm khám chăm sóc phòng ngừa dành cho trẻ em khỏe mạnh	\$0 đến 23 tháng tuổi
Tiêm thuốc điều trị dị ứng	15% mỗi lần thăm khám (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Dịch vụ sinh sản	Không được đài thọ ⁶
Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và âm ngữ trị liệu	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ⁷
Hầu hết các loại chụp X-quang và xét nghiệm chẩn đoán	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ⁷
Hầu hết các loại chụp MRI/CT/PET	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ⁷
Giải phẫu dành cho bệnh nhân ngoại trú (mỗi thủ thuật)	15% (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)	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Xe cứu thương	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
THUỐC THEO TOA (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)	
Thuốc gốc (Bậc 1)	\$15 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ^{8,9}
Thuốc biệt dược (Bậc 2)	\$45 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ^{8,9}
Thuốc chuyên khoa (Bậc 4)	15% lên đến tối đa \$250 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ^{8,9}
CHĂM SÓC NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN	
Dịch vụ do bác sĩ cung cấp, phòng bệnh và thức ăn, xét nghiệm, thuốc men, vật tư y tế, liệu pháp, dịch vụ sinh sản	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (tối đa 100 ngày trong mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi)	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN	
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Nội trú (tại bệnh viện)	15% (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)	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Nội trú (tại bệnh viện) — chỉ cai nghiện	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
KHÁC	
Chăm sóc trực tuyến	\$0 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ¹⁰
Chỉnh nắn xương khớp và châm cứu	15% mỗi lần thăm khám sau khi trả tiền khấu trừ chỉ đối với dịch vụ châm cứu do bác sĩ giới thiệu
Một số dụng cụ y khoa lâu bền (durable medical equipment, DME) (bổ sung và cơ bản)	15% ¹¹
Một số bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình	\$0 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc nhãn khoa cho trẻ em (kính mắt)	1 cặp kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm ¹²
Khám thị lực cho trẻ em	\$0
Chăm sóc nhãn khoa cho người lớn (kính mắt)	Không được đài thọ ¹³
Khám thị lực cho người lớn (khám tật khúc xạ mắt)	\$0
Chăm sóc sức khỏe tại gia (tối đa 100 lần thăm khám mỗi năm)	15% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc giai đoạn cuối đời	0% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)

(còn tiếp)

Ngày hiệu lực: ngày 1 tháng 1 – ngày 1 tháng 12 năm 2024

(tiếp theo)

*Chương trình này cũng được cung cấp tại Covered California for Small Business và CaliforniaChoice®.

[†]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 được cung cấp thông qua Covered California for Small Business.

1. Chương trình này có một khoản tiền khấu trừ và chi phí tự trả 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. 2. Chỉ bản thân: gia đình gồm 1 thành viên. Cá nhân: mỗi thành viên trong gia đình gồm từ 2 thành viên trở lên. Gia đình: toàn bộ gia đình gồm từ 2 thành viên trở lên. 3. Chi phí tự trả tối đa là khoản tiền tối đa mà một cá nhân hoặc gia đình phải trả cho tất cả các dịch vụ được đài thọ trong một năm. 4. Các xét nghiệm phòng ngừa trong phòng thí nghiệm, chụp X-quang và chủng ngừa được đài thọ như một phần của dịch vụ thăm khám phòng ngừa. 5. Khám chăm sóc tiền sản và khám hậu sản theo lịch trình. 6. Chương 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. 7. Xét nghiệm tại phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán, chụp X-quang và chụp MRI/CT/PET liên quan đến các dịch vụ phòng ngừa được cung cấp miễn phí. 8. Thuốc theo toa được đài thọ theo danh mục thuốc của chúng tôi khi được bác sĩ của Chương Trình kê toa và mua tại các 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. 9. Đặt mua qua đường bưu điện: Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày với mức giá của lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày đối với thuốc theo toa đủ điều kiện. 10. Cả DME cơ bản và bổ sung đều được đài thọ (sau khi thanh toán tiền khấu trừ theo chương trình). 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 hạng mục được đài thọ trong quyền lợi DME của quý vị. 11. Đối với những hội viên HDHP HMO đủ tiêu chuẩn mở HSA, tất cả các lần khám sức khỏe từ xa theo lịch và không phải khám phòng ngừa (qua điện thoại và video). 12. Dưới 19 tuổi. Một cặp kính mắt, phạm vi lựa chọn giới hạn. 13. Hội 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*.