

Silver 70 PPO 2500/55 + Child Dental

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

ĐẶC ĐIỂM	Mức khi chọn Nhà Cung Cấp Tham Gia (trong hệ thống) ¹	Bậc khi chọn Nhà Cung Cấp Không Tham Gia (ngoài hệ thống) ¹
TIỀN KHẤU TRỪ THEO CHƯƠNG TRÌNH (Cố định)	Cá nhân — \$2,500 ² / Gia đình — \$5,000 ²	Cá nhân — \$5,000 ² / Gia đình — \$10,000 ²
CHI PHÍ TỰ TRẢ TỐI ĐA (Cố định)	Cá nhân — \$8,750 ^{2,3} / Gia đình — \$17,500 ^{2,3}	Cá nhân — \$17,500 ^{2,3} / Gia đình — \$35,000 ^{2,3}
TẠI PHÒNG MẠCH Y TẾ		
Thăm khám chăm sóc chính	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Thăm khám chăm sóc khẩn cấp	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Thăm khám tại phòng khám chuyên khoa	\$90	40% (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 ^{4,5,6,7}	40% ^{4,5,6,7}
Thăm khám chăm sóc phòng ngừa cho trẻ em khỏe mạnh (cho đến 23 tháng tuổi)	\$0	40%
Tiêm thuốc điều trị dị ứng	20% mỗi lần thăm khám	40% mỗi lần thăm khám (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Dịch vụ sinh sản	50% ⁸ (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	Không Được Đãi Thọ
Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và âm ngữ trị liệu	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Hầu hết các loại chụp X-quang và xét nghiệm chẩn đoán	\$90	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Hầu hết các loại chụp MRI/CT/PET	\$300 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Giải phẫu dành cho bệnh nhân ngoại trú (mỗi thủ thuật)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ CẤP CỨU		
Thăm khám tại phòng cấp cứu (được miễn nếu nhập viện trực tiếp)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Xe cứu thương	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	35% (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)	\$19 ^{9,10,11,12}	Không Được Đãi Thọ
Thuốc biệt dược (Bậc 2)	\$85 (sau khi trả \$300/\$600 tiền khấu trừ cho thuốc) ^{9,10,11,12}	Không Được Đãi Thọ
Thuốc chuyên khoa (Bậc 4)	30% mỗi toa thuốc lên đến tối đa \$250 (sau khi trả \$300/\$600 tiền khấu trừ cho thuốc) ^{10,11,12}	Không Được Đãi Thọ
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	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	50% (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)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN		
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Nội trú (tại bệnh viện)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	50% (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)	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Nội trú (tại bệnh viện) — chỉ cai nghiện	35% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
KHÁC		
Chăm sóc trực tuyến	\$0	\$0
Dịch vụ chăm cứu (bác sĩ giới thiệu)	\$55 mỗi lần thăm khám	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Một số dụng cụ y khoa lâu bền (durable medical equipment, DME) (bổ sung và cơ bản)	35% ^{13,14}	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ^{13,14}
Một số bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình	35%	40% (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 ¹⁵	20% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ¹⁵
Khám thị lực cho trẻ em	\$0	0% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc nhãn khoa cho người lớn (kính mắt)	Không Được Đãi Thọ	Không Được Đãi Thọ
Khám thị lực cho người lớn (khám tật khúc xạ mắt)	\$0	Không được đãi thọ
Chăm sóc sức khỏe tại gia (tối đa 100 lần thăm khám mỗi năm)	\$45 ¹⁶	40% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ¹⁶
Chăm sóc giai đoạn cuối đời	\$0	40% (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)

1. Các khoản thanh toán dựa trên mức phí tối đa cho phép đối với các dịch vụ được đài thọ. Mức phí tối đa cho phép nghĩa là mức phí thấp hơn trong các mức phí sau: các khoản phí thông thường, thường lệ và hợp lý; hoặc mức phí thỏa thuận; hoặc các khoản phí thanh toán thực tế. Mức phí tối đa cho phép cho thể thấp hơn khoản do nhà cung cấp thanh toán thực tế. Những người được đài thọ có trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản tiền nào vượt quá mức phí tối đa cho phép đối với một dịch vụ được đài thọ.
2. 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.
3. Các khoản phí được đài thọ phát sinh nhằm đáp ứng mức chi phí tự trả tối đa dành cho nhà cung cấp không tham gia chương trình sẽ không tích lũy nhằm đáp ứng mức chi phí tự trả tối đa dành cho nhà cung cấp có tham gia chương trình. Tương tự như vậy, các khoản phí được đài thọ phát sinh nhằm thỏa mãn chi phí tự trả tối đa ở mức khi chọn nhà cung cấp tham gia sẽ không tích lũy để thỏa mãn chi phí tự trả tối đa ở mức khi chọn nhà cung cấp không tham gia. Để hiểu đầy đủ về chi phí tự trả tối đa, vui lòng tham khảo *Chứng Nhận Bảo Hiểm* của quý vị.
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. Khám tại phòng khám để chăm sóc tiền sản định kỳ được đài thọ theo yêu cầu của Đạo Luật Chăm Sóc Hợp Túi Tiền (ACA). Quy trình chăm sóc này bao gồm kiểm tra lịch sử khám ban đầu và các lần tiếp theo, khám thể chất, ghi lại cân nặng, huyết áp, nhịp tim thai và phân tích nước tiểu thông thường.
7. Dịch vụ chăm sóc sinh sản và nội trú cho mẹ và bé được đài thọ theo quyền lợi dịch vụ nội trú. Để hiểu đầy đủ về các dịch vụ sinh sản, vui lòng xem *Chứng Nhận Bảo Hiểm* KPIC của quý vị.
8. Các quyền lợi được chi trả khi điều trị vô sinh có hạn mức là \$1,000 mỗi năm đối với các dịch vụ do nhà cung cấp tham gia chương trình cung cấp. Dịch vụ điều trị vô sinh bao gồm cả chuyển giao tử vào vòi trứng (Gamete Intra Fallopian Transfer, GIFT). Thụ tinh trong ống nghiệm không được đài thọ. Các quyền lợi chi trả cho dịch vụ chẩn đoán vô sinh sẽ được đài thọ trên cùng cơ sở với các bệnh khác.
9. Người được bảo hiểm có trách nhiệm chi trả cho khoản đồng thanh toán của biệt dược cộng với phần chênh lệch về chi phí giữa thuốc gốc và biệt dược khi người được bảo hiểm yêu cầu thuốc biệt dược trong khi có sẵn thuốc gốc.
10. Chương trình của quý vị có danh mục thuốc mở; tuy nhiên, một số thuốc theo toa chọn lọc có thể không được đài thọ. Vui lòng tham khảo *Chứng Nhận Bảo Hiểm* KPIC của quý vị để biết danh sách tất cả các giới hạn và trường hợp ngoại lệ. Dù nhà cung cấp của quý vị là ai, quý vị vẫn phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc thuộc MedImpact. Vui lòng gọi MedImpact theo số 800-788-2949 để biết danh sách nhà thuốc tham gia chương trình.
11. Chương trình này có khoản tiền khấu trừ cho thuốc là \$300 mỗi cá nhân và \$600 cho gia đình đối với chi phí thuốc theo toa và chi phí tự trả tối đa. 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 cho thuốc hoặc khoản chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó (tùy theo quyền lợi) hoặc khi đạt đến khoản tiền khấu trừ cho thuốc 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.
12. 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.
13. Cả 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 từ nhà cung cấp tham gia và nhà cung cấp không tham gia, ngoại trừ vật dụng và thiết bị xét nghiệm tiểu đường.
14. Thiết bị và vật tư cho bệnh nhân tiểu đường được giới hạn ở bộ tiêm truyền và ống tiêm có kim tiêm để bơm insulin bên ngoài, que thử, lưỡi trích, màng bảo vệ da, khăn lau dính và màng trong suốt. Số tiền đồng bảo hiểm dựa trên các khoản phí thanh toán thực tế và không thuộc giới hạn tối đa hàng năm của DME là \$2,000 mỗi năm.
15. Dưới 19 tuổi. Một cặp kính mắt, phạm vi lựa chọn giới hạn.
16. Giới hạn không áp dụng đối với dịch vụ vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ tại nhà.

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*.