




Tài liệu Tóm tắt Phúc lợi và Phạm vi Bảo hiểm (SBC) sẽ giúp bạn chọn một **gói bảo hiểm** sức khỏe. SBC cho bạn biết bạn và **gói bảo hiểm** sẽ chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm như thế nào. **LƯU Ý:** Thông tin về chi phí của **gói bảo hiểm** này (được gọi là **phí bảo hiểm**) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn, hoặc để nhận bản sao đầy đủ các điều khoản bảo hiểm, xin gọi 1-800-521-2227 hoặc truy cập www.bcbstx.com. Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ thông dụng, chẳng hạn như chi phí được phép, thanh toán phần dư, đồng bảo hiểm, đồng trả, khoản khấu trừ, nhà cung cấp, hoặc các thuật ngữ được gạch chân khác, xin xem Bảng thuật ngữ. Bạn có thể xem Bảng thuật ngữ tại www.healthcare.gov/sbc-glossary hoặc gọi 1-855-756-4448 để yêu cầu một bản sao.

Câu hỏi Quan trọng	Câu trả lời	Tại sao Điều này Quan trọng:
Khoản khấu trừ tổng thể là bao nhiêu?	<u>Trong Mạng lưới</u> : \$1,250 Cá nhân / \$3,500 Gia đình <u>Ngoài Mạng lưới</u> : \$3,750 Cá nhân / \$10,500 Gia đình	Nói chung, bạn phải trả tất cả các chi phí từ các <u>nhà cung cấp dịch vụ</u> lên đến <u>khoản khấu trừ</u> trước khi <u>gói bảo hiểm</u> này bắt đầu chi trả. Nếu bạn có các thành viên gia đình khác trong <u>gói bảo hiểm</u> , thì mỗi thành viên trong gia đình phải đáp ứng <u>khoản khấu trừ</u> cá nhân của riêng họ cho đến khi tổng chi phí áp dụng vào <u>khoản khấu trừ</u> được trả bởi tất cả các thành viên gia đình đáp ứng <u>khoản khấu trừ</u> tổng thể của gia đình.
Có những dịch vụ nào được bảo hiểm góp phần chi trả trước khi bạn cần đáp ứng <u>khoản khấu trừ</u> không?	Có. Các dịch vụ tính phí <u>đồng trả</u> , <u>thuốc kê đơn</u> , dịch vụ phòng cấp cứu, và một số <u>dịch vụ chăm sóc phòng ngừa</u> , <u>xét nghiệm chẩn đoán</u> nhất định được bảo hiểm góp phần chi trả trước khi bạn phải đáp ứng <u>khoản khấu trừ</u> .	<u>Gói bảo hiểm</u> này bảo hiểm một số hạng mục và dịch vụ ngay cả khi bạn chưa đáp ứng <u>khoản khấu trừ</u> . Nhưng có thể áp dụng phí <u>đồng trả</u> hoặc <u>đồng bảo hiểm</u> . Ví dụ, <u>gói bảo hiểm</u> này bảo hiểm một số <u>dịch vụ chăm sóc phòng ngừa</u> nhất định mà không phải <u>chia sẻ chi phí</u> và trước khi bạn đáp ứng <u>khoản khấu trừ</u> . Xem danh sách các <u>dịch vụ chăm sóc phòng ngừa</u> được bảo hiểm tại www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Có những <u>khoản khấu trừ</u> khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Không.	Bạn không phải đáp ứng <u>các khoản khấu trừ</u> cho các dịch vụ cụ thể.
<u>Giới hạn chi trả tối đa</u> cho <u>gói bảo hiểm</u> này là bao nhiêu?	<u>Trong Mạng lưới</u> : \$4,000 Cá nhân / \$11,000 Gia đình <u>Ngoài Mạng lưới</u> : \$8,000 Cá nhân / \$22,000 Gia đình	<u>Giới hạn tự chi trả tối đa</u> là số tiền tối đa bạn có thể phải trả trong một năm cho các dịch vụ được bảo hiểm. Nếu bạn có các thành viên gia đình khác trong <u>gói bảo hiểm</u> này, họ phải đáp ứng <u>giới hạn tự chi trả tối đa</u> của riêng họ đến khi <u>giới hạn tự chi trả tối đa tổng thể</u> của gia đình được đáp ứng.
Những gì không được bao gồm trong <u>giới hạn tự chi trả tối đa</u>?	<u>Phí bảo hiểm</u> , tiền phạt <u>phê duyệt trước</u> , chi phí <u>thanh toán phần dư</u> , và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>gói bảo hiểm</u> này không bảo hiểm.	Mặc dù bạn trả những chi phí này, chúng không được tính vào <u>giới hạn tự chi trả tối đa</u> .
Bạn có trả ít hơn nếu sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Xem www.bcbstx.com hoặc gọi 1-800-810-2583 để có danh sách các <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> .	<u>Gói bảo hiểm</u> này sử dụng một <u>mạng lưới nhà cung cấp</u> . Bạn sẽ trả ít hơn nếu sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của <u>gói bảo hiểm</u> . Bạn sẽ trả nhiều nhất nếu sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> , và bạn có thể sẽ

		nhận hóa đơn từ <u>nhà cung cấp</u> cho phần chênh lệch giữa chi phí của <u>nhà cung cấp</u> và số tiền mà <u>gói bảo hiểm</u> của bạn thanh toán (<u>thanh toán phần dư</u>). Lưu ý, <u>nhà cung cấp trong mạng lưới của bạn</u> có thể sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> cho một số dịch vụ (như xét nghiệm). Kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của bạn trước khi bạn sử dụng dịch vụ của họ.
Bạn có cần <u>giấy giới thiệu</u> để gặp <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?	Không.	Bạn có thể gặp <u>bác sĩ chuyên khoa</u> mà bạn chọn mà không cần <u>giấy giới thiệu</u> .

 Tất cả chi phí đồng trả và đồng bảo hiểm được hiển thị trong bảng này là sau khi khoản khấu trừ của bạn đã được đáp ứng, nếu có áp dụng khoản khấu trừ.

Sự Kiện Y Tế Thường Gặp	Dịch Vụ Bạn Có Thể Cần	Số Tiền Bạn Sẽ Trả		Giới Hạn, Ngoại Lệ, & Thông Tin Quan Trọng Khác
		<u>Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả ít nhất)	<u>Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu bạn đến phòng khám hoặc phòng mạch của <u>nhà cung cấp</u> chăm sóc sức khỏe	Khám chăm sóc ban đầu để điều trị chấn thương hoặc bệnh tật	\$25 <u>đồng trả</u> /lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Liên hệ HAS để biết thêm thông tin về phúc lợi liên quan đến Telemed.
	Khám <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$60 <u>đồng trả</u> /lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/tầm soát/tiêm chủng</u>	Miễn phí; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Bạn có thể phải trả tiền cho các dịch vụ không phải là <u>phòng ngừa</u> . Hãy hỏi <u>nhà cung cấp dịch vụ</u> của bạn xem các dịch vụ cần thiết có phải là <u>phòng ngừa</u> không. Sau đó kiểm tra xem <u>gói bảo hiểm</u> của bạn sẽ chi trả những gì. Miễn phí tiêm chủng cho trẻ em <u>Ngoài Mạng lưới</u> đến hết sinh nhật lần thứ 6.
Nếu bạn có xét nghiệm	<u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Miễn phí; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Miễn phí; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Có thể áp dụng <u>đồng trả</u> khám tại phòng khám.
	Chẩn đoán hình ảnh (chụp CT/PET, MRI)	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không có

Sự Kiện Y Tế Thường Gặp	Dịch Vụ Bạn Có Thể Cần	Số Tiền Bạn Sẽ Trả		Giới Hạn, Ngoại Lệ, & Thông Tin Quan Trọng Khác
		<u>Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả ít nhất)	<u>Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu bạn cần thuốc để điều trị bệnh tật hoặc tình trạng của mình Thông tin thêm về <u>bảo hiểm thuốc kê đơn</u> có sẵn tại www.bcbstx.com	Thuốc gốc (generic)	\$10 <u>đồng trả</u> khi mua ở cửa hàng bán lẻ và đặt thuốc qua đường bưu điện/đơn thuốc; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	\$20 <u>đồng trả</u> /một đơn thuốc; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Thuốc từ cửa hàng bán lẻ sẽ được cung cấp đủ cho 30 ngày sử dụng. Với đơn thuốc thích hợp, cửa hàng có thể cung cấp lên đến 90 ngày sử dụng. Thuốc đặt qua đường bưu điện sẽ cung cấp đủ cho 90 ngày sử dụng và được thực hiện bởi nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện độc quyền Amazon. Đặt thuốc qua đường bưu điện <u>Ngoài Mạng lưới</u> sẽ không được bảo hiểm. Có thể được yêu cầu thanh toán chênh lệch giữa chi phí thuốc biệt dược và thuốc gốc (generic) nếu có thuốc gốc (generic). Đối với nhà thuốc <u>Ngoài Mạng lưới</u> , thành viên phải nộp <u>đơn yêu cầu bồi hoàn</u> chi phí.
	Thuốc biệt dược ưu tiên	\$30 <u>đồng trả</u> khi mua ở cửa hàng bán lẻ/\$60 <u>đồng trả</u> khi đặt thuốc qua đường bưu điện/đơn thuốc; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	\$60 <u>đồng trả</u> /đơn thuốc; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	\$50 <u>đồng trả</u> khi mua ở cửa hàng bán lẻ /\$100 <u>đồng trả</u> khi đặt thuốc qua đường bưu điện/đơn thuốc; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	50% <u>đồng bảo hiểm</u> ; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	
	<u>Thuốc đặc trị</u>	\$200 <u>đồng trả</u> /đơn thuốc; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Không được bảo hiểm	

Sự Kiện Y Tế Thường Gặp	Dịch Vụ Bạn Có Thể Cần	Số Tiền Bạn Sẽ Trả		Giới Hạn, Ngoại Lệ, & Thông Tin Quan Trọng Khác
		<u>Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả ít nhất)	<u>Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu bạn phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Các thủ thuật Giảm béo, Cột sống, và Thay khớp toàn phần chỉ được bảo hiểm nếu hoàn thành thông qua Lantern Health.
	Phí bác sĩ/phẫu thuật viên	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	
Nếu bạn cần chăm sóc y tế khẩn cấp	<u>Chăm sóc phòng cấp cứu</u>	Phí Cơ Sở: \$350 <u>đồng trả</u> /lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Phí Cơ Sở: \$350 <u>đồng trả</u> /lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Phí <u>đồng trả phòng cấp cứu</u> được miễn nếu phải nhập viện.

* Để biết thêm thông tin về các hạn chế và ngoại lệ, xem tài liệu gói bảo hiểm hoặc chính sách tại www.bcbstx.com.

Sự Kiện Y Tế Thường Gặp	Dịch Vụ Bạn Có Thể Cần	Số Tiền Bạn Sẽ Trả		Giới Hạn, Ngoại Lệ, & Thông Tin Quan Trọng Khác
		<u>Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả ít nhất)	<u>Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới</u> (bạn sẽ trả nhiều nhất)	
		Phí Bác Sĩ Cấp Cứu: 20% <u>đồng bảo hiểm</u>	Phí Bác Sĩ Cấp Cứu: 20% <u>đồng bảo hiểm</u>	
	<u>Vận chuyển y tế khẩn cấp</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	Vận chuyển đường bộ và đường hàng không được bảo hiểm.
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$100 <u>đồng trả/lần khám</u> ; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không có
Nếu bạn nằm viện	Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh viện)	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Cần có <u>phê duyệt trước</u> ; phí phạt là \$250 nếu không được phê duyệt trước cho dịch vụ <u>Ngoài Mạng lưới</u> .
	Phí bác sĩ/phẫu thuật viên	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không có
Nếu bạn cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, hoặc liên quan đến lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	\$25 <u>đồng trả/lần khám</u> ; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> 20% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ ngoại trú khác	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Một số dịch vụ nhất định phải được phê duyệt trước; tham khảo sổ tay phúc lợi* của bạn để biết thêm chi tiết.
	Dịch vụ nội trú	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Cần có <u>phê duyệt trước</u> ; phí phạt là \$250 nếu không được phê duyệt trước cho dịch vụ <u>Ngoài Mạng lưới</u> .
Nếu bạn mang thai	Các lần khám trong phòng khám	\$25 <u>đồng trả</u> bác sĩ chăm sóc ban đầu (PCP)/\$60 <u>đồng trả</u> bác sĩ chuyên khoa (SPC)/lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	<u>Đồng trả</u> áp dụng cho lần khám tiền sản đầu tiên (cho mỗi lần mang thai). <u>Chia sẻ chi phí</u> không áp dụng cho <u>các dịch vụ phòng ngừa</u> . Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>đồng trả</u> , <u>đồng bảo hiểm</u> , hoặc <u>khoản khấu trừ</u> . Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được mô tả ở phần khác trong SBC (ví dụ: siêu âm).
	Dịch vụ bác sĩ sinh sản/đỡ đẻ	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	
	Dịch vụ cơ sở sinh sản/đỡ đẻ	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Cần có <u>phê duyệt trước</u> ; phí phạt là \$250 nếu không được phê duyệt trước cho dịch vụ <u>Ngoài Mạng lưới</u> .

* Để biết thêm thông tin về các hạn chế và ngoại lệ, xem tài liệu gói bảo hiểm hoặc chính sách tại www.bcbstx.com.

Sự Kiện Y Tế Thường Gặp	Dịch Vụ Bạn Có Thể Cần	Số Tiền Bạn Sẽ Trả		Giới Hạn, Ngoại Lệ, & Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng lưới (bạn sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng lưới (bạn sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu bạn cần giúp đỡ phục hồi hoặc có các nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	<u>Chăm sóc sức khỏe tại nhà</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Giới hạn 60 lần khám mỗi năm dương lịch. Yêu cầu <u>phê duyệt trước</u> .
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	\$25 <u>đồng trả</u> bác sĩ chăm sóc ban đầu (PCP)/\$60 <u>đồng trả</u> bác sĩ chuyên khoa (SPC)/lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> 20% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ ngoại trú khác	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Giới hạn 60 lần khám kết hợp cho tất cả các liệu pháp mỗi năm dương lịch. Bao gồm hoạt động trị liệu, vật lý trị liệu và ngôn ngữ trị liệu.
	<u>Dịch vụ hỗ trợ phát triển</u>	\$25 <u>đồng trả</u> bác sĩ chăm sóc ban đầu (PCP)/\$60 <u>đồng trả</u> bác sĩ chuyên khoa (SPC)/lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> 20% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ ngoại trú khác	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên nghiệp</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Giới hạn 90 lần khám mỗi năm dương lịch. Yêu cầu <u>phê duyệt trước</u> .
	<u>Thiết bị y tế lâu bền</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không có
	<u>Dịch vụ chăm sóc cuối đời</u>	20% <u>đồng bảo hiểm</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>	Yêu cầu <u>phê duyệt trước</u> .
	Nếu con bạn cần chăm sóc răng miệng hoặc mắt	Khám mắt trẻ em	\$25 <u>đồng trả</u> bác sĩ chăm sóc ban đầu (PCP)/\$60 <u>đồng trả</u> bác sĩ chuyên khoa (SPC)/lần khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	40% <u>đồng bảo hiểm</u>
Kính mắt trẻ em		Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không có
Khám răng định kỳ trẻ em		Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không có

* Để biết thêm thông tin về các hạn chế và ngoại lệ, xem tài liệu gói bảo hiểm hoặc chính sách tại www.bcbstx.com.

Các dịch vụ bị loại trừ & Các dịch vụ được bảo hiểm khác:

Dịch vụ mà gói bảo hiểm của bạn thường KHÔNG bảo hiểm (Kiểm tra tài liệu chính sách hoặc gói bảo hiểm của bạn để biết thêm thông tin và danh sách các dịch vụ bị loại trừ khác.)		
<ul style="list-style-type: none">• Phẫu thuật thẩm mỹ• Chăm sóc răng miệng (Người lớn)• Điều trị vô sinh (chẩn đoán vô sinh được bảo hiểm)	<ul style="list-style-type: none">• Chăm sóc dài hạn• Điều dưỡng riêng tư	<ul style="list-style-type: none">• Chăm sóc chân định kỳ• Chương trình giảm cân
Các Dịch Vụ Được Bảo Hiểm Khác (Có thể áp dụng giới hạn cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu gói bảo hiểm của bạn.)		
<ul style="list-style-type: none">• Châm cứu• Phẫu thuật béo phì• Chăm sóc chỉnh hình cột sống (25 lần khám mỗi năm)	<ul style="list-style-type: none">• Máy trợ thính (1 máy cho mỗi tai trong khoảng thời gian 24 tháng)• Chăm sóc không khẩn cấp khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ.	<ul style="list-style-type: none">• Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)

Quyền Tiếp Tục Bảo Hiểm Của Bạn: Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu bạn muốn tiếp tục được bảo hiểm sau khi nó kết thúc. Thông tin liên hệ của các cơ quan đó là: Đối với bảo hiểm sức khỏe nhóm, liên hệ với gói bảo hiểm, Blue Cross and Blue Shield of Texas tại số 1-800-521-2227 hoặc truy cập www.bcbstx.com. Đối với bảo hiểm sức khỏe nhóm tuân theo ERISA, liên hệ với Cục Quản Lý An Ninh Phúc Lợi Nhân Viên của Bộ Lao Động Hoa Kỳ tại số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform. Đối với các gói bảo hiểm sức khỏe nhóm của chính phủ phi liên bang, liên hệ với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh, Trung Tâm Thông Tin Người Tiêu Dùng và Giám Sát Bảo Hiểm, tại số 1-877-267-2323 x61565 hoặc www.cciio.cms.gov. Các gói bảo hiểm tổ chức tôn giáo không được bảo hiểm theo các quy định bảo hiểm liên tục COBRA Liên Bang. Nếu phạm vi bảo hiểm được bảo đảm, các cá nhân nên liên hệ với cơ quan quản lý bảo hiểm của Tiểu Bang về các quyền lợi có thể có của họ đối với việc tiếp tục bảo hiểm theo luật Tiểu Bang. Bạn cũng có thể có các lựa chọn bảo hiểm khác, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, xin truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi 1-800-318-2596.

Quyền Khiếu Nại và Kháng Cáo của Bạn: Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu bạn có khiếu nại đối với gói bảo hiểm của mình về việc từ chối một yêu cầu bồi hoàn chi phí. Khiếu nại này được gọi là khiếu nại hoặc kháng cáo. Để biết thêm thông tin về quyền của bạn, hãy xem phần giải thích về quyền lợi mà bạn sẽ nhận được cho yêu cầu bồi hoàn chi phí y tế đó. Các tài liệu gói bảo hiểm của bạn cũng cung cấp thông tin đầy đủ để nộp yêu cầu bồi hoàn chi phí, kháng cáo, hoặc khiếu nại vì bất kỳ lý do gì cho gói bảo hiểm của bạn. Để biết thêm thông tin về quyền của bạn, thông báo này, hoặc nhận hỗ trợ, xin liên hệ: Đối với bảo hiểm sức khỏe nhóm tuân theo ERISA: Blue Cross and Blue Shield of Texas tại 1-800-521-2227 hoặc truy cập www.bcbstx.com, Cục Quản Lý An ninh Phúc Lợi Nhân viên của Bộ Lao động Hoa Kỳ tại 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform, và Sở Bảo hiểm Texas, Cục Bảo vệ Người tiêu dùng tại 1-800-252-3439 hoặc www.tdi.texas.gov. Đối với các gói bảo hiểm sức khỏe nhóm của chính phủ phi liên bang và các gói bảo hiểm tổ chức tôn giáo là gói bảo hiểm sức khỏe nhóm, Blue Cross and Blue Shield of Texas tại 1-800-521-2227 hoặc www.bcbstx.com hoặc liên hệ Sở Bảo hiểm Texas, Cục Bảo vệ Người tiêu dùng tại 1-800-252-3439 hoặc www.tdi.texas.gov. Ngoài ra, một chương trình hỗ trợ người tiêu dùng có thể giúp bạn nộp đơn kháng cáo. Liên hệ Chương trình Hỗ trợ Sức khỏe Người tiêu dùng của Sở Bảo hiểm Texas tại 1-800-252-3439 hoặc truy cập www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

Gói bảo hiểm này có cung cấp Phạm vi Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu không? Có

* Để biết thêm thông tin về các hạn chế và ngoại lệ, xem tài liệu gói bảo hiểm hoặc chính sách tại www.bcbstx.com.

Phạm vi Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu thường bao gồm các gói bảo hiểm, bảo hiểm y tế có sẵn thông qua Thị Trường hoặc các chính sách thị trường bảo hiểm cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, và một số bảo hiểm khác. Nếu bạn đủ điều kiện cho một số loại Phạm vi Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu nhất định, bạn có thể không đủ điều kiện cho khoản tín dụng thuế phí bảo hiểm.

Gói bảo hiểm này có đáp ứng Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu không? Có

Nếu gói bảo hiểm của bạn không đáp ứng Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu, bạn có thể đủ điều kiện cho khoản tín dụng thuế phí bảo hiểm để giúp bạn thanh toán cho một gói bảo hiểm thông qua Thị Trường.

Dịch vụ Hỗ trợ Ngôn ngữ:

Tiếng Tây Ban Nha (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-521-2227.

Tiếng Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-521-2227.

Tiếng Trung (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-521-2227.

Tiếng Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-521-2227.

Để xem các ví dụ về cách gói bảo hiểm này có thể chi trả chi phí cho một tình huống y tế mẫu, hãy xem phần tiếp theo.

Về những Ví dụ Bảo hiểm này:



Đây không phải là công cụ ước tính chi phí. Các phương pháp điều trị được hiển thị chỉ là ví dụ về cách gói bảo hiểm này có thể chi trả cho việc chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của bạn sẽ khác nhau tùy thuộc vào việc chăm sóc thực tế mà bạn nhận được, giá cả mà các nhà cung cấp dịch vụ của bạn tính phí, và nhiều yếu tố khác. Hãy tập trung vào các khoản chia sẻ chi phí (khoản khấu trừ, đồng trả và đồng bảo hiểm) và các dịch vụ bị loại trừ trong gói bảo hiểm. Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí mà bạn có thể phải trả theo các gói bảo hiểm y tế khác nhau. Xin lưu ý rằng các ví dụ về phạm vi bảo hiểm này dựa trên cấp bảo hiểm chỉ cho cá nhân.

Peg sinh con

(9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và đỡ đẻ tại bệnh viện)

- **Khoản khấu trừ tổng thể của gói bảo hiểm**
\$1,250
- **Đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$60
- **Đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 20%
- **Đồng bảo hiểm khác** 20%

Sự kiện **VÍ DỤ** này bao gồm các dịch vụ như:

Khám bác sĩ chuyên khoa (*chăm sóc tiền sản*)
Dịch vụ bác sĩ sinh sản/đỡ đẻ
Dịch vụ cơ sở sinh sản/đỡ đẻ
Xét nghiệm chẩn đoán (*siêu âm và xét nghiệm máu*)
Khám bác sĩ chuyên khoa (gây mê)

Tổng chi phí ví dụ \$12,700

Trong ví dụ này, Peg sẽ phải trả:

<u>Chia sẻ chi phí</u>	
<u>Khoản khấu trừ</u>	\$1,250
<u>Đồng trả</u>	\$40
<u>Đồng bảo hiểm</u>	\$2,000
<i>Những gì không được bảo hiểm</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ phải trả là	\$3,350

Quản lý bệnh tiểu đường loại 2 của Joe

(một năm chăm sóc thường xuyên trong mạng lưới cho một tình trạng được kiểm soát tốt)

- **Khoản khấu trừ tổng thể của gói bảo hiểm**
\$1,250
- **Đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$60
- **Đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 20%
- **Đồng bảo hiểm khác** 20%

Sự kiện **VÍ DỤ** này bao gồm các dịch vụ như:

Khám bác sĩ chăm sóc ban đầu (bao gồm giáo dục về bệnh)
Xét nghiệm chẩn đoán (*xét nghiệm máu*)
Thuốc kê đơn
Thiết bị y tế lâu bền (*máy đo đường huyết*)

Tổng chi phí ví dụ \$5,600

Trong ví dụ này, Joe sẽ phải trả:

<u>Chia sẻ chi phí</u>	
<u>Khoản khấu trừ</u>	\$800
<u>Đồng trả</u>	\$800
<u>Đồng bảo hiểm</u>	\$0
<i>Những gì không được bảo hiểm</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$20
Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là	\$1,620

Gãy xương kín của Mia

(thăm khám phòng cấp cứu trong mạng lưới và chăm sóc theo dõi)

- **Khoản khấu trừ tổng thể của gói bảo hiểm**
\$1,250
- **Đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$60
- **Đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 20%
- **Đồng bảo hiểm khác** 20%

Sự kiện **VÍ DỤ** này bao gồm các dịch vụ như:

Chăm sóc phòng cấp cứu (*bao gồm vật tư y tế*)
Xét nghiệm chẩn đoán (*chụp X-quang*)
Thiết bị y tế lâu bền (*nạng*)
Dịch vụ phục hồi chức năng (*vật lý trị liệu*)

Tổng chi phí ví dụ \$2,800

Trong ví dụ này, Mia sẽ phải trả:

<u>Chia sẻ chi phí</u>	
<u>Khoản khấu trừ</u>	\$1,250
<u>Đồng trả</u>	\$600
<u>Đồng bảo hiểm</u>	\$100
<i>Những gì không được bảo hiểm</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ phải trả là	\$1,950

Thông báo Không Phân biệt đối xử

Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe là Quan trọng Đối với Mọi người

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia (bao gồm kiến thức tiếng Anh hạn chế và ngôn ngữ đầu tiên), tuổi tác, khuyết tật, hoặc giới tính (như được hiểu trong quy định hiện hành). Chúng tôi cung cấp cho người khuyết tật những điều chỉnh hợp lý và các phương tiện hỗ trợ giao tiếp miễn phí để cho phép giao tiếp hiệu quả với chúng tôi. Chúng tôi cũng cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ đầu tiên không phải là tiếng Anh.

Để nhận các điều chỉnh hợp lý, phương tiện hỗ trợ giao tiếp hoặc hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.

Nếu bạn tin rằng chúng tôi đã không cung cấp một dịch vụ, hoặc nghĩ rằng chúng tôi đã phân biệt đối xử theo một cách khác, bạn có thể nộp đơn khiếu nại tới:

Văn phòng Điều phối Quyền Dân sự Điện thoại: 855-664-7270 (thư thoại)
Gửi đến: Văn phòng Điều phối Quyền Dân sự TTY/TDD: 855-661-6965
300 E. Randolph St., Tầng 35 Fax: 855-661-6960
Chicago, IL 60601 Email: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Bạn có thể nộp đơn khiếu nại qua thư, fax hoặc email. Nếu bạn cần giúp đỡ nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số điện thoại miễn phí được liệt kê ở mặt sau thẻ ID của bạn (TTY: 711).

Bạn có thể nộp đơn khiếu nại quyền dân sự với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Quyền Dân sự, tại:

Bộ Y tế & Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ Điện thoại: 800-368-1019
200 Independence Avenue SW TTY/TDD: 800-537-7697
Phòng 509F, Tòa nhà HHH Cổng thông tin khiếu nại:
Washington, DC 20201 ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf Mẫu đơn khiếu nại:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Thông báo này có sẵn trên trang web của chúng tôi tại bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

bcbstx.com

TX1557_ENG_20250410



中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષા કીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hólq. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hólq. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'anáwo'í bich'í' hanidziih.
Farsi فارسی	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowo pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Urdu اردو	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.