



Tài liệu Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. SBC cho quý vị biết quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đãi thò.

LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là phần tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hay để lấy một bản sao toàn bộ điều khoản bảo hiểm, vui lòng xem tại www.kp.org/plandocuments hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của những thuật ngữ thông thường như số tiền được cho phép, lập hóa đơn số tiền chênh lệch, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch dưới khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để yêu cầu một bản sao.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Tổng số tiền khấu trừ là bao nhiêu?	\$1,000 dành cho Cá Nhân/ \$2,000 dành cho Gia Đình	Thông thường, quý vị phải trả mọi chi phí từ các <u>nhà cung cấp</u> cho đến khi đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> trước khi <u>chương trình</u> này bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cá nhân của riêng mình cho đến khi tổng chi phí <u>tiền khấu trừ</u> được trả bởi mọi thành viên trong gia đình đạt đến tổng số <u>tiền khấu trừ</u> của gia đình.
Có dịch vụ được đãi thò trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình không?	Có. <u>Dịch vụ chăm sóc phòng ngừa</u> và những dịch vụ được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2.	<u>Chương trình</u> này đãi thò một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> . Nhưng có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> hoặc <u>tiền đồng bảo hiểm</u> .
Có tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không cần phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cho những dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu?	\$3,500 dành cho Cá Nhân/ \$7,000 dành cho Gia Đình	<u>Mức giới hạn chi phí tự trả</u> là số tiền cao nhất mà quý vị có thể trả trong một năm cho những dịch vụ được đãi thò. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> này, họ phải đạt đến các <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của riêng mình cho đến khi đạt được tổng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của gia đình.
Những gì không bao gồm trong mức giới hạn chi phí tự trả?	<u>Phí bảo hiểm</u> và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không đãi thò, được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2.	Mặc dù quý vị chi trả những chi phí này nhưng chúng không được tính vào <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> .

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Truy cập www.kp.org hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để lấy danh sách <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> .	<u>Chương trình</u> này sử dụng một <u>mạng lưới nhà cung cấp</u> . Quý vị sẽ trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của <u>chương trình</u> . Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được một hóa đơn từ một <u>nhà cung cấp</u> về khoản chênh lệch giữa khoản phí của <u>nhà cung cấp</u> đó và số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị thanh toán (<u>lập hóa đơn số tiền chênh lệch</u>). Lưu ý, <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> để cung cấp một số dịch vụ (như xét nghiệm). Kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ.
Quý vị có cần <u>giấy giới thiệu</u> để đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?	Có, nhưng quý vị có thể tự giới thiệu với một số <u>bác sĩ chuyên khoa</u> .	<u>Chương trình</u> sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để quý vị đến khám với một <u>bác sĩ chuyên khoa</u> để nhận dịch vụ được đài thọ, nhưng chỉ nếu quý vị có <u>giấy giới thiệu</u> trước khi quý vị đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> đó.



Mọi chi phí tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm được trình bày trong bảng này là sau khi quý vị đã đạt đến số tiền khấu trừ của mình, nếu có áp dụng tiền khấu trừ.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hoặc phòng khám của <u>nhà cung cấp</u> dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật	\$30/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đài Thọ	Không có
	Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$30/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đài Thọ	Không có
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/ chủng ngừa</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đài Thọ	Quý vị có thể phải chi trả cho những dịch vụ không phải <u>phòng ngừa</u> . Hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là <u>dịch vụ phòng ngừa</u> không. Sau đó kiểm tra số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị sẽ trả.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị được kiểm tra	Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	\$10/lần thực hiện	Không Được Đòi Thòi	Không có
	Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT)/Chụp cắt lớp phát xạ positron, PET), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI)	\$50/thủ thuật	Không Được Đòi Thòi	Không có
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin bổ sung về bảo hiểm thuốc theo toa hiện có tại www.kp.org/formulary	Thuốc gốc (Bậc 1)	\$10/toa thuốc (mua lẻ) \$20/toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng tiền khấu trừ.	Không Được Đòi Thòi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi mua qua đường bưu điện. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Không áp dụng <u>giới hạn chi phí tự trả</u> .
	Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	\$30/toa thuốc (mua lẻ) \$60/toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng tiền khấu trừ.	Không Được Đòi Thòi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi mua qua đường bưu điện. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Không áp dụng <u>giới hạn chi phí tự trả</u> .
	Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 2)	\$30/toa thuốc (mua lẻ) \$60/toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng tiền khấu trừ.	Không Được Đòi Thòi	Khoản <u>chia sẻ chi phí</u> dành cho thuốc biệt dược không ưu tiên theo chương trình này phù hợp với khoản <u>chia sẻ chi phí</u> dành cho thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2) khi được chấp thuận thông qua quy trình ngoại lệ của <u>danh mục thuốc</u> .
	<u>Thuốc chuyên khoa</u> (Bậc 4)	\$30/toa thuốc (mua lẻ), không áp dụng tiền khấu trừ.	Không Được Đòi Thòi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (bán lẻ). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Không áp dụng <u>giới hạn chi phí tự trả</u> .
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	\$250/thủ thuật	Không Được Đòi Thòi	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không Áp Dụng	Không Được Đòi Thòi	Phí Bác Sĩ/Bác Sĩ Phẫu Thuật được tính vào Phí Cơ Sở.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	\$100/lần thăm khám	\$100/lần thăm khám	Miễn <u>tiền đồng trả</u> nếu nhập viện theo chế độ bệnh nhân nội trú.
	<u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u>	\$75/chuyến	\$75/chuyến	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$30/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đàm Thò	<u>Các nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình</u> được đài thọ khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ: \$30/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	\$500/ngày	Không Được Đàm Thò	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không Áp Dụng	Không Được Đàm Thò	Phí Bác Sĩ/Bác Sĩ Phẫu Thuật được tính vào Phí Cơ Sở.
Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	Sức khỏe Tâm Thần/Hành Vi: \$30/lần thăm khám cá nhân, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Không tính phí cho các dịch vụ ngoại trú khác. Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: \$30/lần thăm khám cá nhân, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . \$5/ngày cho các dịch vụ ngoại trú khác, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đàm Thò	Sức khỏe Tâm Thần/Hành Vi: \$15/lần thăm khám theo nhóm, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: \$5/lần thăm khám theo nhóm, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .
	Dịch vụ nội trú	\$500/ngày	Không Được Đàm Thò	Không có

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đòi Thụ	Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> , <u>tiền đồng bảo hiểm</u> hoặc <u>tiền khấu trừ</u> . Chăm sóc sản phụ có thể bao gồm các kiểm tra và dịch vụ được mô tả ở phần khác trong SBC (như siêu âm).
	Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh đẻ	Không Áp Dụng	Không Được Đòi Thụ	Dịch vụ chuyên môn được tính vào phí cơ sở.
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	\$500/ngày	Không Được Đòi Thụ	Không có
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác	<u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đòi Thụ	Tối đa 2 giờ/lần thăm khám, tối đa 3 lần thăm khám/ngày, tối đa 100 lần thăm khám/năm.
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	Ngoại trú: \$30/lần thăm khám Nội trú: \$500/ngày	Không Được Đòi Thụ	Không có
	<u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u>	Ngoại trú: \$30/lần thăm khám Nội trú: \$500/ngày	Không Được Đòi Thụ	Không có
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	\$50/ngày	Không Được Đòi Thụ	Giới hạn 60 ngày/giai đoạn hưởng quyền lợi.
	<u>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đòi Thụ	Cần được cho phép trước. Không áp dụng <u>giới hạn chi phí tự trả</u> .
	<u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đòi Thụ	Không có
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí khám khúc xạ, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không Được Đòi Thụ	Không có
	Mắt kính cho trẻ em	Không Được Đòi Thụ	Không Được Đòi Thụ	Không có
	Khám răng cho trẻ em	Không Được Đòi Thụ	Không Được Đòi Thụ	Không có

Dịch Vụ Loại Trừ và Các Dịch Vụ Được Đòi Thò Khác:

Những dịch vụ mà Chương Trình của Quý Vị Thường KHÔNG đòi thò (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất cứ dịch vụ loại trừ nào khác).

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| • Mắt kính cho trẻ em | • Chăm sóc dài hạn | • Chăm sóc điều dưỡng riêng |
| • Phẫu thuật thẩm mỹ | • Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ | • Chăm sóc bàn chân định kỳ |
| • Chăm sóc nha khoa (Người lớn và trẻ em) | | • Chương trình giảm cân |
| • Dụng cụ trợ thính | | |

Các Dịch Vụ Được Đòi Thò Khác (Có thể áp dụng các giới hạn cho những dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu chương trình của quý vị).

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| • Chăm cứu (giới hạn 20 lần thăm khám/năm kết hợp với Chăm sóc nắn khớp xương) | • Chăm sóc nắn khớp xương (giới hạn 20 lần thăm khám/năm kết hợp với Chăm cứu) | • Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn) |
| • Phẫu thuật giảm cân | • Điều trị vô sinh | |

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan có thể hỗ trợ nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm của quý vị kết thúc. Thông tin liên lạc của những cơ quan đó có trong bảng bên dưới. Cũng có thể có những lựa chọn bảo hiểm khác dành cho quý vị, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318-2596.

Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị: Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị than phiền về chương trình của mình vì bị từ chối yêu cầu thanh toán. Than phiền này được gọi là phàn nàn hay khiếu nại. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được cho yêu cầu thanh toán y tế đó. Tài liệu chương trình của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách nộp yêu cầu thanh toán, khiếu nại hoặc phàn nàn vì bất cứ lý do gì cho chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc cần được trợ giúp, hãy liên lạc các cơ quan trong bảng bên dưới.

Thông Tin Liên Lạc về Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm và Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị:

Ban Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente	1-800-278-3296 (TTY: 711) hoặc www.kp.org/memberservices
Cơ Quan Quản Lý Bảo Vệ Quyền Lợi Nhân Viên của Bộ Lao Động	1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform
Center for Consumer Information & Insurance Oversight (Trung Tâm Thông Tin Người Tiêu Dùng và Giám Sát Bảo Hiểm) thuộc Department of Health & Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh)	1-877-267-2323 x61565 hoặc www.cciio.cms.gov
California Department of Insurance (Sở Bảo Hiểm California)	1-800-927-HELP (4357) hoặc www.insurance.ca.gov
Cơ Quan Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế California	1-888-466-2219 hoặc www.dmhc.ca.gov

Chương trình này có cung cấp Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu không? Có

Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu thường bao gồm các chương trình, bảo hiểm y tế được cung cấp thông qua Thị Trường hoặc các hợp đồng bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm.

Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không? Có

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu, quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị thanh toán cho chương trình thông qua Thị Trường.

Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711).]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)]

Để xem ví dụ về cách thức chương trình này có thể đài thọ các chi phí cho một trường hợp y tế mẫu, hãy xem mục tiếp theo.

Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:



Đây không phải là một công thức ước tính chi phí. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá được tính bởi nhà cung cấp của quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào khoản chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và các dịch vụ loại trừ theo chương trình. Dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý những ví dụ về bảo hiểm này được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

Peg Sắp Có Con
(9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)

- Tổng tiền khấu trừ của chương trình \$1,000
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$30
- Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$500
- Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) \$10

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa (chăm sóc tiền sản)
Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Con/Sinh Đẻ
Dịch Vụ tại Cơ Sở về Sinh Con/Sinh Đẻ
Kiểm tra chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)
Khám với bác sĩ chuyên khoa (thuốc gây mê/tê)

Tổng Chi Phí Mẫu	\$12,700
Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền Khấu Trừ</u>	\$1,000
<u>Tiền đồng trả</u>	\$600
<u>Tiền đồng bảo hiểm</u>	\$0
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$50
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$1,650

Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc thường kỳ trong mạng lưới cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- Tổng tiền khấu trừ của chương trình \$1,000
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$30
- Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$500
- Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) \$10

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính (bao gồm hướng dẫn về bệnh)
Kiểm tra chẩn đoán (xét nghiệm máu)
Thuốc theo toa
Thiết bị y khoa lâu bền (máy đo glucose)

Tổng Chi Phí Mẫu	\$5,600
Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền Khấu Trừ</u>	\$90
<u>Tiền đồng trả</u>	\$600
<u>Tiền đồng bảo hiểm</u>	\$200
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$890

Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia
(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- Tổng tiền khấu trừ của chương trình \$1,000
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$30
- Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$500
- Tiền đồng trả khác (chụp X-quang) \$10

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm vật tư y tế)
Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang)
Thiết bị y khoa lâu bền (nạng)
Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

Tổng Chi Phí Mẫu	\$2,800
Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền Khấu Trừ</u>	\$1,000
<u>Tiền đồng trả</u>	\$300
<u>Tiền đồng bảo hiểm</u>	\$0
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$1,300

Chương trình sẽ chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại của những dịch vụ được đài thọ MẪU này.