



Tài liệu Tóm tắt Quyền lợi và Bảo hiểm (SBC) sẽ giúp quý vị chọn lựa chương trình sức khỏe. SBC cho quý vị biết cách quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm. 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 bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hoặc để có được bản sao các điều khoản bảo hiểm đầy đủ, hãy truy cập vào <https://regence.com/go/2026/policy/OR/StandardSilverIndividualConnectIndividualConnectEx> hoặc gọi 1-855-857-9959. Để biết định nghĩa về các thuật ngữ thường gặp, như mức cho phép, chênh lệch hóa đơn, đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, khoản khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ không gạch dưới khác, hãy xem Bảng thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bảng thuật ngữ tại healthcare.gov/sbc-glossary hoặc gọi số 1-855-857-9959 để yêu cầu một bản sao.

Câu hỏi Quan trọng	Trả lời	Tại sao Vấn đề này lại Quan trọng:
Khoản khấu trừ chung là gì?	\$6.100 cá nhân/\$12.200 gia đình mỗi năm theo lịch.	Thông thường, quý vị phải trả tất cả chi phí từ các nhà cung cấp cho đến khi bằng khoản khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có các thành viên khác trong gia đình cùng tham gia chương trình, thì mỗi thành viên gia đình đều phải đáp ứng khoản khấu trừ dành cho riêng họ cho đến khi tổng chi phí của khoản khấu trừ được chi trả bởi tất cả các thành viên gia đình đáp ứng khoản khấu trừ chung dành cho gia đình.
Có các dịch vụ được bảo hiểm trước khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của quý vị không?	Có. Một số dịch vụ chăm sóc phòng ngừa, bảo hiểm thuốc kê toa và các dịch vụ được liệt kê dưới đây là "không áp dụng khoản khấu trừ." "Không tính phí" nghĩa là \$0 đồng thanh toán hoặc 0% đồng bảo hiểm, bất kể khả năng áp dụng khoản khấu trừ.	Chương trình này bảo hiểm một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đáp ứng khoản khấu trừ. Nhưng có thể áp dụng tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm. Ví dụ: chương trình này bảo hiểm một số dịch vụ phòng ngừa nhất định mà không cần chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của quý vị. Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bảo hiểm tại địa chỉ healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Có các khoản khấu trừ khác đối với các dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không cần phải đáp ứng khoản khấu trừ đối với các dịch vụ cụ thể.
Giới hạn tự chi trả cho chương trình này là gì?	\$9.200 cá nhân/\$18.400 gia đình/năm theo lịch.	Giới hạn tự chi trả là số tiền nhiều nhất mà quý vị có thể trả trong năm cho các dịch vụ được bảo hiểm. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này, thì họ phải đáp ứng giới hạn tự chi trả của họ cho đến khi bằng giới hạn tự chi trả chung dành cho gia đình.
Có gì ngoài giới hạn tự chi trả nữa không?	Dịch vụ thị lực nhi khoa, phí bảo hiểm, chi phí chênh lệch hóa đơn và chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không bao trả.	Mặc dù quý vị thanh toán những chi phí này, nhưng những khoản này không được tính vào giới hạn tự chi trả.
Quý vị sẽ thanh toán ít đi nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới?	Đúng. Truy cập vào https://regence.com/go/OR/IndividualConnect hoặc gọi 1-855-857-9959 để có danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới.	Chương trình này sử dụng mạng lưới nhà cung cấp. Quý vị sẽ thanh toán ít đi nếu sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình. Quý vị sẽ phải chi trả nhiều nhất khi sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới và có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho khoản chênh lệch giữa phí của nhà cung cấp và số tiền mà chương trình bảo hiểm thanh toán (chênh lệch hóa đơn). Xin lưu ý, nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho một số dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm). Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ.
Quý vị có cần giấy giới thiệu để đến khám bác sĩ chuyên khoa không?	Không.	Quý vị có thể thăm khám tại bác sĩ chuyên khoa mà quý vị chọn mà không cần giấy giới thiệu.



Tất cả chi phí **đồng thanh toán** và **đồng bảo hiểm** được thể hiện trong bảng này sau khi đạt đến **khoản khấu trừ** của quý vị, nếu áp dụng **khoản khấu trừ**.

Sự kiện Y khoa Chung	Dịch vụ Quý vị Có thể Cần	Quý vị sẽ Thanh toán Khoản nào		Giới hạn, Trường hợp ngoại lệ & Thông tin Quan trọng Khác
		Nhà cung cấp Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả ít nhất)	Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị thăm khám tại phòng mạch 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 hoặc bệnh tật	\$5 <u>đồng thanh toán</u>/lần thăm khám trả trước tại phòng mạch, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng; \$40 <u>đồng thanh toán</u> / lần khám bổ sung tại phòng mạch (sau giới hạn trả trước), <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng; 30% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ khác	Không được bảo hiểm	3 lần thăm khám trả trước đầu tiên tại phòng mạch/năm. Giới hạn là cho chăm sóc chính và lần thăm khám sức khỏe hành vi kết hợp.
	Thăm khám <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$100 <u>đồng thanh toán</u>/lần thăm khám tại phòng mạch, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng; 30% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ khác	Không được bảo hiểm	Không có
	<u>Chăm sóc Phòng ngừa/khám tầm soát/</u> chủng ngừa	Miễn phí, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng	Không được bảo hiểm	Quý vị có thể phải thanh toán cho những dịch vụ không phải phòng ngừa. Hãy hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị nếu các dịch vụ cần thiết là phòng ngừa. Sau đó, kiểm tra xem <u>chương trình</u> sẽ thanh toán cho những khoản nào.
Nếu quý vị cần xét nghiệm	<u>Xét nghiệm để chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	Không có
	Chụp chiếu (chụp CT/PET, MRI)	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	

Sự kiện Y khoa Chung	Dịch vụ Quý vị Có thể Cần	Quý vị sẽ Thanh toán Khoản nào		Giới hạn, Trường hợp ngoại lệ & Thông tin Quan trọng Khác
		Nhà cung cấp Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả ít nhất)	Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay bệnh trạng của mình Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc kê toa</u> có sẵn tại địa chỉ https://regence.com/go/2026/OR/4tier	Thuốc gốc	\$15 <u>đồng thanh toán, khoản khấu trừ</u> không áp dụng/thuốc kê toa bán lẻ; \$45 <u>đồng thanh toán, khoản khấu trừ</u> không áp dụng/thuốc kê toa giao tận nhà	Không được bảo hiểm	<u>Thuốc kê toa</u> không có trong Danh sách Thuốc sẽ không được bảo hiểm, trừ khi được phê duyệt là ngoại lệ. Thuốc đủ dùng trong 90 ngày/thuốc kê toa bán lẻ (khoản <u>chia sẻ chi phí</u> của quý vị được tính cho mỗi lượng thuốc trong 30 ngày) Thuốc đủ dùng trong 90 ngày/thuốc đủ dùng trong 30 ngày theo toa giao tận nhà/toa <u>thuốc đặc trị</u> <u>Thuốc đặc trị</u> không áp dụng giao tận nhà. Bảo hiểm đối với thuốc hóa trị ung thư tự dùng là 30% <u>đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ</u> không áp dụng. <u>Chia sẻ chi phí</u> cho insulin không vượt quá \$35/thuốc đủ dùng trong 30 ngày hoặc \$105/thuốc đủ dùng trong 90 ngày. Miễn phí, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> cho một số loại thuốc phòng ngừa, thuốc tránh thai và vắc xin tại một nhà thuốc tham gia chương trình. Nếu quý vị mua thuốc chính hiệu hoặc <u>thuốc đặc trị</u> khi có sẵn thuốc gốc tương đương hoặc thuốc tương tự sinh học đặc trị thì quý vị phải trả phần chênh lệch chi phí ngoài tiền <u>đồng thanh toán</u> và/hoặc <u>đồng bảo hiểm</u> . Liều thuốc mua lần đầu đối với <u>thuốc đặc trị</u> có thể mua tại nhà thuốc bán lẻ; những lần sau phải mua tại nhà thuốc đặc trị.
	Thuốc chính hiệu được ưu tiên	\$60 <u>đồng thanh toán, khoản khấu trừ</u> không áp dụng/thuốc kê toa bán lẻ; \$180 <u>đồng thanh toán, khoản khấu trừ</u> không áp dụng/thuốc kê toa giao tận nhà	Không được bảo hiểm	
	Thuốc chính hiệu	50% <u>đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ</u> không áp dụng/thuốc kê toa bán lẻ; 50% <u>đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ</u> không áp dụng/thuốc kê toa giao tận nhà	Không được bảo hiểm	
	<u>Thuốc đặc trị</u>	50% <u>đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ</u> không áp dụng/ <u>thuốc đặc trị</u>	Không được bảo hiểm	

Sự kiện Y khoa Chung	Dịch vụ Quý vị Có thể Cần	Quý vị sẽ Thanh toán Khoản nào		Giới hạn, Trường hợp ngoại lệ & Thông tin Quan trọng Khác
		Nhà cung cấp Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả ít nhất)	Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật lưu động)	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không có
	<u>Vận chuyển y tế cấp cứu</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$70 <u>đồng thanh toán</u> /lần thăm khám, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng;	\$70 <u>đồng thanh toán</u> /lần thăm khám, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng;	
		30% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ khác	30% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ khác	
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh)	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	
Nếu quý vị cần dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng chất kích thích	Các dịch vụ ngoại trú	\$5 <u>đồng thanh toán</u> /lần thăm khám trả trước tại phòng khám hoặc trị liệu tâm lý, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng;	Không được bảo hiểm	3 lần thăm khám trả trước đầu tiên tại phòng mạch/năm. Giới hạn là cho chăm sóc chính và lần thăm khám sức khỏe hành vi kết hợp.
		\$40 <u>đồng thanh toán</u> /lần khám bổ sung tại phòng khám hoặc trị liệu tâm lý (sau giới hạn trả trước), <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng;		
		30% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ khác		
	Các dịch vụ nội trú	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	Không có

Sự kiện Y khoa Chung	Dịch vụ Quý vị Có thể Cần	Quý vị sẽ Thanh toán Khoản nào		Giới hạn, Trường hợp ngoại lệ & Thông tin Quan trọng Khác
		Nhà cung cấp Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả ít nhất)	Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị có thai	Các lần thăm khám tại phòng mạch	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	<u>Chia sẻ chi phí</u> không áp dụng đối với <u>dịch vụ phòng ngừa</u> . Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>đồng thanh toán</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 một phần khác trong SBC (tức là siêu âm).
	Các dịch vụ sinh con chuyên nghiệp/sinh nở	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	
	Các dịch vụ cơ sở sinh con/sinh nở	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	
Nếu quý vị cần phục hồi chức năng hoặc có các nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	<u>Chăm sóc sức khỏe tại nhà</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	Không có
	<u>Các dịch vụ phục hồi chức năng</u>	\$40 <u>đồng thanh toán</u> /lần thăm khám tại phòng mạch, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng; 30% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ khác	Không được bảo hiểm	30 ngày nằm viện nội trú (tối đa 60 ngày đối với chấn thương ở đầu hoặc tuỷ sống) mỗi lần cho dịch vụ <u>phục hồi chức năng</u> và <u>huấn luyện chức năng</u> /năm 30 buổi khám ngoại trú mỗi lần cho dịch vụ <u>phục hồi chức năng</u> và <u>huấn luyện chức năng</u> /năm Bao gồm trị liệu vật lý, trị liệu chức năng vận động và trị liệu âm ngữ.
	<u>Các dịch vụ huấn luyện chức năng</u>	\$40 <u>đồng thanh toán</u> /lần thăm khám tại phòng mạch, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng; 30% <u>đồng bảo hiểm</u> cho các dịch vụ khác	Không được bảo hiểm	
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	60 ngày nằm viện nội trú/năm
	<u>Thiết bị y tế lâu bền</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	1 bộ tóc giả tổng hợp/năm 1 cặp kính hoặc kính áp tròng/năm cho những người có vấn đề phẫu thuật hoặc y tế nghiêm trọng ngoài thủ thuật khúc xạ
	<u>Các dịch vụ chăm sóc cuối đời</u>	30% <u>đồng bảo hiểm</u>	Không được bảo hiểm	30 ngày nghỉ ngơi nội trú hoặc ngoại trú/suốt đời (giới hạn 5 ngày Nghỉ ngơi liên tục tại một thời điểm).

Sự kiện Y khoa Chung	Dịch vụ Quý vị Có thể Cần	Quý vị sẽ Thanh toán Khoản nào		Giới hạn, Trường hợp ngoại lệ & Thông tin Quan trọng Khác
		Nhà cung cấp Trong Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả ít nhất)	Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới (Quý vị sẽ phải chi trả nhiều nhất)	
Nếu con quý vị cần chăm sóc răng hoặc mắt	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng	Không được bảo hiểm	1 lần khám mắt định kỳ/năm đối với người dưới 19 tuổi Các bác sĩ VSP là những <u>nhà cung cấp</u> duy nhất trong <u>mạng lưới</u> .
	Kính của trẻ em	Miễn phí, <u>khoản khấu trừ</u> không áp dụng	Không được bảo hiểm	1 cặp ống kính/năm 1 bộ gọng kính/năm Kính giới hạn cho người dưới 19 tuổi. Các gọng kính từ bác sĩ VSP được giới hạn ở Bộ sưu tập Kính mắt Otis & Piper. Các bác sĩ VSP là những <u>nhà cung cấp</u> duy nhất trong <u>mạng lưới</u> .
	Kiểm tra nha khoa tổng quát dành cho trẻ em	Không được bảo hiểm	Không được bảo hiểm	Không có

Các Dịch vụ Không được Bảo hiểm & Các Dịch vụ được Bảo hiểm Khác:

Các Dịch vụ mà Chương trình của Quý vị Thường KHÔNG Bảo hiểm (Kiểm tra hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu về chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách của bất kỳ dịch vụ không được bảo hiểm nào khác.)

- | | | |
|---|---|---|
| • Phẫu thuật giảm béo | • Chăm sóc dài hạn | • Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn) |
| • Phẫu thuật thẩm mỹ, trừ dị tật bẩm sinh | • Chăm sóc không cấp cứu khi ở bên ngoài Hoa Kỳ | • Chăm sóc chân định kỳ, trừ bệnh nhân tiểu đường |
| • Chăm sóc nha khoa | • Điều dưỡng phụ trách riêng | • Các chương trình giảm cân |
| • Điều trị vô sinh | | |

Các Dịch vụ được Bảo hiểm Khác (Có thể áp dụng giới hạn cho những dịch vụ này. Đây không phải là danh sách hoàn chỉnh. Vui lòng xem tài liệu chương trình của quý vị.)

- | | | |
|--|---|---|
| • Phá thai (Luật cấm tài trợ công cho một số loại bỏ thai được bảo hiểm. <u>Phí bảo hiểm</u> thanh toán được tách biệt để đảm bảo tuân thủ.) | • Chăm cứu, 12 lần thăm khám/năm | • Máy trợ thính, 1/tai 36 tháng một lần |
| | • Chăm sóc thần kinh cột sống, 20 lần thăm khám nắn chỉnh cột sống/năm. | |

Quyền được Tiếp tục Bảo hiểm của Quý vị: Có các cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi bảo hiểm bị hết hạn. Thông tin liên lạc dành cho các cơ quan này là: Bộ Lao động Hoa Kỳ, Cơ quan Đảm bảo Quyền lợi Nhân viên theo số 1-866-444-3272 hoặc dol.gov/ebsa/healthreform, hoặc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Trung tâm Giám sát Thông tin Người tiêu dùng và Bảo hiểm theo số 1-877-267-2323 số máy lẻ 61565 hoặc ccio.cms.gov hoặc cơ quan bảo hiểm tại tiểu bang của quý vị. Quý vị cũng có thể liên lạc với chương trình theo số 1-855-857-9959. Các lựa chọn bảo hiểm khác cũng có thể có sẵn cho quý vị kể cả việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị trường Bảo hiểm Y tế. Để biết thêm thông tin về Thị trường này, hãy truy cập vào HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318-2596.

Quyền Khiếu nại và Kháng nghị của Quý vị: Có các cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình về vấn đề từ chối yêu cầu bảo hiểm. Khiếu nại này được gọi là than phiền hoặc kháng nghị. Để biết thêm thông tin về các quyền của mình, hãy xem phần giải thích về các quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được cho yêu cầu y tế đó. Các tài liệu về chương trình của quý vị cũng sẽ cung cấp đầy đủ thông tin để gửi yêu cầu bảo hiểm, kháng nghị hoặc than phiền cho bất cứ lý do nào đối với chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc để được hỗ trợ, vui lòng liên hệ với chương trình theo số 1-855-857-9959 hoặc truy cập vào regence.com hoặc Bộ Lao động Hoa Kỳ, Cơ quan Đảm bảo Quyền lợi Nhân viên theo số 1-866-444-3272 hoặc dol.gov/ebsa/healthreform. Quý vị cũng có thể liên hệ Bộ phận Quy định Tài chính Oregon bằng cách gọi số 1-503-947-7984 hoặc đường dây tin nhắn miễn phí theo số 1-888-877-4894; bằng cách gửi thư đến Oregon Division of Financial Regulation, Consumer Advocacy Unit, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405; qua địa chỉ Internet: dfr.oregon.gov/help/complaints-licenses/Pages/file-complaint.aspx; hoặc địa chỉ E-mail: DFRInsuranceHelp@oregon.gov.

Chương trình này có cung cấp Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu không? Có

Mức Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu thường bao gồm chương trình, bảo hiểm y tế cung cấp thông qua Thị trường hoặc các chính sách thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu đủ điều kiện cho một số loại Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu, thì có thể quý vị không đủ điều kiện cho tín dụng thuế phí bảo hiểm.

Chương trình này có đáp ứng được các Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu không? Không Áp dụng

Nếu chương trình bảo hiểm của quý vị không đáp ứng Tiêu chuẩn Giá trị Tối thiểu, thì quý vị có thể đủ điều kiện để được tín dụng thuế phí bảo hiểm để giúp thanh toán cho một chương trình bảo hiểm thông qua Thị trường.

Các Dịch vụ Tiếp cận Ngôn ngữ:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-857-9959.

Để xem các ví dụ về cách chương trình này bao trả chi phí cho một tình huống y tế mẫu, xin xem phần kế tiếp.

Về các Ví dụ về Bảo hiểm sau đây:



Đây không phải là bảng ước tính phí. Các loại điều trị được trình bày chỉ là ví dụ về cách chương trình này có thể bao trả cho việc chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào mức chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, giá cả của nhà cung cấp và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền chia sẻ chi phí (khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm) và các dịch vụ không được bảo hiểm theo chương trình. Hãy sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể phải trả theo các chương trình bảo hiểm y tế khác nhau. Xin lưu ý rằng những ví dụ về bảo hiểm này chỉ dựa trên bảo hiểm cá nhân.

Peg đang Có Em bé
(9 tháng chăm sóc trước khi sinh và sinh con tại bệnh viện trong mạng lưới)

- Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình bảo hiểm này \$6.100
- Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa \$100
- Đồng bảo hiểm (cơ sở) bệnh viện 30%
- Đồng bảo hiểm khác 30%

Trường hợp MẤU này bao gồm các dịch vụ như:
Các lần khám tại phòng mạch bác sĩ chuyên khoa (chăm sóc tiền sản)
Các Dịch vụ Sinh con Chuyên nghiệp /Sinh nở
Các Dịch vụ Cơ sở Sinh con/Sinh nở
Xét nghiệm chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)
Thăm khám tại bác sĩ chuyên khoa (gây mê)

Tổng Chi phí theo Ví dụ	\$12.700
-------------------------	----------

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:

Chia sẻ Chi phí	
<u>Khoản khấu trừ</u>	\$6.100
<u>Đồng thanh toán</u>	\$10
<u>Đồng bảo hiểm</u>	\$1.800
Không bảo hiểm những gì	
Các giới hạn hoặc những thứ không được bảo hiểm	\$60
Tổng số tiền mà Peg sẽ phải trả là	\$7.970

Kiểm soát bệnh Tiểu đường Loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới cho bệnh đã được kiểm soát tốt)

- Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình bảo hiểm này \$6.100
- Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa \$100
- Đồng bảo hiểm (cơ sở) bệnh viện 30%
- Đồng bảo hiểm khác 30%

Trường hợp MẤU này bao gồm các dịch vụ như:
Thăm khám tại phòng mạch bác sĩ chăm sóc chính (bao gồm giáo dục về bệnh tật)
Xét nghiệm chẩn đoán (xét nghiệm máu)
Thuốc theo toa
Thiết bị y tế lâu bền (máy đo đường huyết)

Tổng Chi phí theo Ví dụ	\$5.600
-------------------------	---------

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:

Chia sẻ Chi phí	
<u>Khoản khấu trừ</u>	\$900
<u>Đồng thanh toán</u>	\$900
<u>Đồng bảo hiểm</u>	\$0
Không bảo hiểm những gì	
Các giới hạn hoặc những thứ không được bảo hiểm	\$200
Tổng số tiền mà Joe sẽ phải trả là	\$2.000

Gãy xương đơn giản của Mia
(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- Khoản khấu trừ tổng thể của chương trình bảo hiểm này \$6.100
- Đồng thanh toán bác sĩ chuyên khoa \$100
- Đồng bảo hiểm (cơ sở) bệnh viện 30%
- Đồng bảo hiểm khác 30%

Trường hợp MẤU này bao gồm các dịch vụ như:
Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm vật tư y tế)
Xét nghiệm chẩn đoán (X-quang)
Thiết bị y tế lâu bền (nạng)
Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

Tổng Chi phí theo Ví dụ	\$2.800
-------------------------	---------

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

Chia sẻ Chi phí	
<u>Khoản khấu trừ</u>	\$2.100
<u>Đồng thanh toán</u>	\$400
<u>Đồng bảo hiểm</u>	\$0
Không bảo hiểm những gì	
Các giới hạn hoặc những thứ không được bảo hiểm	\$0
Tổng số tiền mà Mia sẽ phải trả là	\$2.500

Chương trình này sẽ chịu trách nhiệm cho các chi phí khác của các dịch vụ MẤU được bảo hiểm này.

THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Regence tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. Regence không loại trừ hay đối xử với các cá nhân khác đi vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

Regence:

Cung cấp cho người khuyết tật những điều chỉnh hợp lý và các dịch vụ và thiết bị hỗ trợ miễn phí phù hợp để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:

- Thông dịch viên ngôn ngữ tín hiệu đủ trình độ
- Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in khổ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ tiếp cận, các định dạng khác).

Cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, có thể bao gồm:

- Thông dịch viên đủ trình độ
- Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần những điều chỉnh hợp lý, các dịch vụ và thiết bị hỗ trợ phù hợp hoặc dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, hãy liên hệ với Điều phối viên Dân quyền.

Nếu quý vị tin rằng Regence đã không cung cấp được những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác đi dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, thì quý vị có thể gửi đơn khiếu nại. Quý vị có thể trực tiếp nộp đơn than phiền qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần giúp đỡ để nộp đơn khiếu nại, Điều phối viên Dân quyền sẵn sàng giúp quý vị.

Ban Dịch vụ Khách hàng

Civil Rights Coordinator
PO Box 1106
Lewiston, ID 83501-1106
Điện thoại: 1-888-344-6347, (TTY: 711)
Fax: 1-888-309-8784
Email: CS@regence.com

Ban Dịch vụ Khách hàng của Medicare

Điện thoại: 1-800-541-8981 (TTY: 711)
Email: medicareappeals@regence.com

Ban Dịch vụ Khách hàng của VSP

Điện thoại: 1-844-299-3041
TTY: 1-800-428-4833

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền qua điện tử thông qua Cổng Thông tin về Khiếu nại của Văn phòng Dân quyền, có tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư hoặc điện thoại tại:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Mẫu đơn khiếu nại có tại

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Hỗ trợ ngôn ngữ

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-344-6347 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማሳሰቢያ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिटिवाइ: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີຜ່ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711) (TTY: 711)