

Bản Tóm Lược Quyền Lợi và Mức Bao Trả: Chương Trình Này Bao Trả Những Gì và Quý Vị Phải Trả Bao Nhiêu cho Dịch Vụ Được Bao Trả
TAYLOR CORPORATION – HSA Plus

Giai đoạn Bao trả: Bắt đầu vào hoặc sau 01/01/2024
Bao trả dành cho: Cá nhân/Gia đình | Loại Chương trình: HSA

! Tài liệu Tóm lược Quyền lợi và Mức bao trả (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa chọn **chương trình** bảo hiểm sức khỏe. SBC cho biết quý vị và **chương trình** sẽ chia sẻ chi phí như thế nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. **LƯU Ý:** Chúng tôi sẽ cung cấp riêng thông tin về phí tổn của **chương trình** này (gọi là **phí bảo hiểm**).

Đây chỉ là bản tóm lược. Để biết thêm thông tin về bao trả của quý vị, hoặc để lấy bản sao điều khoản bao trả đầy đủ, hãy truy cập trang www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154. Để biết định nghĩa chung của các thuật ngữ phổ biến như **số tiền được cho phép**, **số tiền còn thiếu trên hóa đơn**, **tiền đồng bảo hiểm**, **đồng thanh toán**, **tiền khấu trừ**, **nhà cung cấp** hoặc các thuật ngữ được **gạch chân** khác, vui lòng xem Bảng thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bản Chú Giải tại <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để yêu cầu cung cấp bản sao.

Những câu hỏi quan trọng	Trả lời	Tại sao đây là điều quan trọng:
Tiền khấu trừ chung là bao nhiêu?	\$3,000 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$6,000 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc trong mang lưới \$6,000 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$12,000 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc ngoài mang lưới	Nói chung, quý vị phải trả tất cả chi phí từ nhà cung cấp cho tới số tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu chi trả. Chương trình này có đi kèm khoản khấu trừ . Nếu các quý vị có thành viên nào khác trong gia đình tham gia chương trình , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt được số tiền khấu trừ của bản thân cho đến khi tổng số chi phí tiền khấu trừ đã chi trả bởi tất cả thành viên gia đình đạt tới số tiền khấu trừ chung của cả gia đình.
Có các dịch vụ được bao trả trước khi quý vị đáp ứng số tiền khấu trừ không?	Có. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em, chăm sóc tiền sản và chăm sóc phòng ngừa trong mang lưới được bao trả trước khi quý vị đạt tiền khấu trừ của mình.	Chương trình này bao trả một số hạng mục và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt số tiền khấu trừ . Nhưng quy định về đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm vẫn có thể được áp dụng. Ví dụ, chương trình này bao trả một số dịch vụ phòng ngừa mà không có phí tổn chia sẻ và trước khi quý vị trả xong số tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bao trả tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Có tiền khấu trừ nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Không	Quý vị không cần đạt tiền khấu trừ cho các dịch vụ cụ thể.

Mức giới hạn chi phí xuất túi đối với chương trình này là gì?	\$6,600 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$13,200 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc trong mạng lưới \$12,700 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$25,400 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc ngoài mạng lưới	Giới hạn chi phí xuất túi là số tiền tối đa quý vị có thể phải trả trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Chương trình này có giới hạn chi phí xuất túi . Nếu quý vị có những thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này thì họ phải đạt giới hạn chi phí xuất túi của bản thân cho đến khi đạt giới hạn chi phí xuất túi chung của gia đình.
Giới hạn chi phí xuất túi không bao gồm những gì?	Phí bảo hiểm , số tiền còn thiếu trên hóa đơn (trừ khi yêu cầu thanh toán số tiền còn thiếu trên hóa đơn bị cấm), và bảo hiểm y tế mà chương trình này không bao trả.	Mặc dù quý vị trả những chi phí này, nhưng chúng không tính vào giới hạn chi phí xuất túi .
Nếu dùng nhà cung cấp trong mạng lưới thì quý vị sẽ trả ít hơn không?	Có. Truy cập www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để biết danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới .	Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp . Quý vị sẽ phải chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình . Quý vị sẽ phải trả mức phí cao nhất nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới , và quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho khoản chênh lệch giữa phí tổn của nhà cung cấp và những phí tổn mà chương trình của quý vị sẽ bao trả (số tiền còn thiếu trên hóa đơn). Xin nhớ rằng, 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 dịch vụ xét nghiệm). Hãy kiểm tra với 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 đi khám với bác sĩ chuyên khoa quý vị chọn mà không cần giấy giới thiệu .



Quý vị phải trả tất cả **tiền đồng trả** và **tiền đồng bảo hiểm** nêu trong bảng này sau khi đã trả xong số **tiền khấu trừ** nếu có áp dụng **tiền khấu trừ**.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hoặc bệnh xá của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Khám bác sĩ chăm sóc chính để chữa trị một thương tích hoặc bệnh trạng	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc /chích ngừa	Miễn phí	Chăm sóc trẻ: 20% tiền đồng bảo hiểm Người lớn: 20% tiền đồng bảo hiểm	Quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ không phải phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị xem các dịch vụ cần thiết có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó kiểm tra chương trình của quý vị sẽ trả cho những dịch vụ nào.
Nếu quý vị đi xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Rọi hình (chụp CT/PET, MRI)	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	
Nếu quý vị cần thuốc để chữa trị bệnh hoặc một tình trạng cụ thể. Nhà thuốc bán lẻ là bất kỳ nhà thuốc được cấp phép nào mà quý vị có thể tới mua thuốc theo toa . Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện phân phối thuốc theo toa thông qua Bưu điện Hoa Kỳ.	Thuốc gốc	\$10 đồng trả /cửa hàng bán lẻ \$25 đồng trả /90 ngày bán lẻ	\$10 đồng trả /cửa hàng bán lẻ \$25 đồng trả /90 ngày bán lẻ	Người tham gia trả toàn bộ chi phí cho các đơn thuốc cho đến khi đạt số tiền bằng tiền khấu trừ. Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
	Biệt dược ưu tiên	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$40, tối đa \$80 20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$100, tối đa \$200	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$40, tối đa \$80 20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$100, tối đa \$200	

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Tìm hiểu thêm thông tin về bao trả thuốc kê toa tại www.caremark.com	Biệt dược không ưu tiên	50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$60, tối đa \$120 50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$150, tối đa \$300	50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$60, tối đa \$120 50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$150, tối đa \$300	
	Thuốc chuyên khoa	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$75, tối đa \$150	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$75, tối đa \$150	Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại chấn	Chi phí của cơ sở (chẳng hạn như trung tâm phẫu thuật ngoại viện)	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chuyên chở y tế cấp cứu	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	
	Chăm sóc cần gấp	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu quý vị nhập viện	Phí cho cơ sở (ví dụ, phòng bệnh viện)	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị cần dịch vụ về sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, hoặc lạm dụng được chất	Dịch vụ cho Bệnh nhân ngoại trú	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước. Các dịch vụ tư vấn hôn nhân/cặp vợ chồng không được bao trả.
	Các dịch vụ nội trú bao gồm trị liệu sức khỏe tâm thần cho người lớn	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị có thai	Thăm khám tại văn phòng	Chăm sóc trước sinh: 0% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc sau sinh: 20% tiền đồng bảo hiểm	Chăm sóc tiền sản: 20% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc sau sinh: 20% tiền đồng bảo hiểm	Chia sẻ chi phí không áp dụng cho các dịch vụ phòng ngừa . Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng chia sẻ chi phí khác. Chăm sóc sản khoa có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được nêu ở bất kỳ đâu trong SBC (ví dụ: siêu âm).
	Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	
	Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	
Nếu quý vị cần được giúp phục hồi hoặc có nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại gia	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Kết hợp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới : 120 lượt thăm khám cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi	20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	Có thể cần được cho phép trước.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Dịch vụ phục hồi chức năng	20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 20% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Kết hợp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới : 120 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Có thể cần được cho phép trước.
	Thiết bị y tế lâu bền	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu con của quý vị cần được chăm sóc nha khoa hoặc nhãn khoa	Khám mắt trẻ em	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Kính đeo mắt cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này

Các dịch vụ bị loại trừ và dịch vụ được bao trả khác:

Các dịch vụ [chương trình](#) của quý vị thường **KHÔNG** bao trả (Kiểm tra Hợp đồng hoặc tài liệu [chương trình](#) của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất kỳ [dịch vụ loại trừ](#) nào khác).

<ul style="list-style-type: none"> • Y tá riêng • Chăm sóc dài hạn 	<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc chân định kỳ • Chăm sóc Nha khoa (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) 	<ul style="list-style-type: none"> • Phẫu thuật Thẩm mỹ (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) • Chương trình giảm cân
--	--	---

Các Dịch vụ được Bao trả khác (Hạn chế được áp dụng cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu [chương trình](#) của quý vị.)

- Chăm sóc trị liệu lần kinh cột sống
- Phẫu thuật trị béo phì
- Chữa trị liệt sinh
- Châm cứu (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình)
- Chăm sóc không khẩn cấp khi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ
- Máy trợ thính (chỉ dành cho thiết bị ngoài và có giới hạn về phạm vi bảo hiểm)
- Chăm sóc nhãn khoa thường quy (người lớn)

Quyền tiếp tục được bảo hiểm: Có các cơ quan sẽ trợ giúp quý vị nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi bảo hiểm kết thúc. Chi tiết liên lạc với các cơ quan đó là: Sở Thương mại Minnesota ở số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform; hoặc Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, Trung tâm Thông tin Người tiêu dùng và Giám sát Bảo hiểm theo số 1-877-267-2323, số nội bộ 61565 hoặc www.cciio.cms.gov. Để biết thêm thông tin về quyền tiếp tục được bao trả của quý vị, liên hệ với chương trình theo số 1-866-289-5154. Có thể có các lựa chọn bảo hiểm khác có sẵn cho quý vị gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua MNsure/Marketplace. Để biết thêm thông tin về [Marketplace](#), hãy truy cập www.mnsure.com hoặc gọi đến 1-855-366-7873.

Quyền Than Phiền và Khiếu Nại của quý vị: Nếu quý vị có than phiền về [chương trình](#) vì bị từ chối [yêu cầu thanh toán](#) thì có các cơ quan có thể hỗ trợ quý vị. Điều này gọi là [than phiền](#) hoặc [khiếu nại](#). Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi quý vị nhận được cho [yêu cầu thanh toán](#) y tế đó. Tài liệu về [chương trình](#) cũng cho biết đầy đủ thông tin để đệ trình [yêu cầu thanh toán](#), [khiếu nại](#), hoặc [than phiền chương trình](#) vì bất cứ lý do gì. Để biết thêm thông tin về quyền hạn của quý vị, về thông báo này hoặc để được hỗ trợ, xin liên lạc: Blue Cross theo số điện thoại 1-866-289-5154; Sở Thương mại Minnesota theo số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform. Nếu quý vị được bao trả theo chương trình cung cấp bởi [chương trình](#) Bảo hiểm Y tế Tiểu Bang, thành phố, quận, học khu, hoặc Service Cooperative, hoặc chương trình nhà thờ, quý vị có thể liên hệ với đội ngũ Bảo hiểm Y tế của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-888-393-2789.

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

[Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thường bao gồm các [chương trình](#), bảo hiểm y tế được cung cấp qua [Marketplace](#) hoặc các hợp đồng thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE cùng một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận một số loại [Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được 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](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được [tín thuế phí bảo hiểm](#) để giúp trả tiền cho [chương trình](#) qua [Marketplace](#).

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Để xem các ví dụ về cách mà chương trình này có thể bảo hiểm chi phí cho một tình huống y tế giả định, hãy xem phần tiếp theo.

Tuyên bố Khai trình thông tin theo PRA: Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bị bắt buộc phải phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là **0938-1146**. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính là trung bình **0.08** giờ cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem xét các hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Chú ý: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Lưu ý về các ví dụ bao trả này:



Đây không phải là công cụ ước tính chi phí. Các phương pháp điều trị nêu tại đây chỉ là ví dụ về cách [chương trình](#) này có thể bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào chăm sóc thực tế quý vị nhận được, mức giá mà [nhà cung cấp](#) tính cho quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền [chia sẻ chi phí](#) ([tiền khấu trừ](#), [tiền đồng thanh toán](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#)) và [các dịch vụ loại trừ](#) theo [chương trình](#). Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí quý vị phải trả theo các [chương trình](#) bảo hiểm y tế khác nhau. Vui lòng lưu ý các ví dụ bao trả này chỉ dựa trên khoản bao trả.

Peg đang có thai
(chăm sóc tiền sản trong mạng lưới trong 9 tháng và hộ sinh tại bệnh viện)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$3,000**
- [Tiền đồng bảo hiểm bác sĩ chuyên khoa](#) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng [bác sĩ chuyên khoa](#) (*chăm sóc tiền sản*)
 Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh
 Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*siêu âm và xét nghiệm máu*)
 Thăm khám [bác sĩ chuyên khoa](#) (*gây mê*)

Tổng chi phí trong ví dụ \$12,700

Trong ví dụ này, Peg phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$3,000
Tiền đồng thanh toán	\$0
Tiền đồng bảo hiểm	\$1,400
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$4,460

Kiểm soát bệnh Tiểu đường loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới với kiểm soát bệnh thật tốt)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$3,000**
- [Tiền đồng bảo hiểm bác sĩ chuyên khoa](#) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng của [bác sĩ chăm sóc chính](#) (*bao gồm giáo dục về bệnh tật*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*xét nghiệm máu*)
[Thuốc kê toa](#)
[Thiết bị y tế lâu bền](#) (*máy đo lượng gluco*)

Tổng chi phí trong ví dụ \$5,600

Trong ví dụ này, Joe phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$3,000
Tiền đồng thanh toán	\$0
Tiền đồng bảo hiểm	\$500
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$20
Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là	\$3,520

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

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$3,000**
- [Tiền đồng bảo hiểm bác sĩ chuyên khoa](#) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

[Chăm sóc tại phòng cấp cứu](#) (*bao gồm các tiếp liệu y tế*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*chụp quang tuyến*)
[Thiết bị y tế lâu dài](#) (*nạng đi*)
[Các dịch vụ phục hồi chức năng](#) (*trị liệu vật lý*)

Tổng chi phí trong ví dụ \$2,800

Trong ví dụ này, Mia phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$2,800
Tiền đồng thanh toán	\$0
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
<i>Những gì không được bao trả</i>	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$2,800

[Chương trình](#) sẽ thanh toán những chi phí khác cho các dịch vụ được bao trả trong Ví DỤ này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိရှိဒီး, တၢ်ကဟ့ၣ်နၢကိၣ်တၢ်မၤစၢၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ. TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.


ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.

Bản Tóm Lược Quyền Lợi và Mức Bao Trữ: Chương Trình Này Bao Trữ Những Gì và Quý Vị Phải Trả Bao Nhiêu cho Dịch Vụ Được Bao Trữ
TAYLOR CORPORATION – HSA Plan

Giai đoạn Bao trả: Bắt đầu vào hoặc sau 01/01/2024

Bao trả dành cho: Cá nhân/Gia đình | **Loại Chương trình:** HSA

 Tài liệu Tóm lược Quyền lợi và Mức bao trả (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa chọn **chương trình** bảo hiểm sức khỏe. SBC cho biết quý vị và **chương trình** sẽ chia sẻ chi phí như thế nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. LƯU Ý: Chúng tôi sẽ cung cấp riêng thông tin về phí tổn của **chương trình** này (gọi là **phí bảo hiểm**).

Đây chỉ là bản tóm lược. Để biết thêm thông tin về bao trả của quý vị, hoặc để lấy bản sao điều khoản bao trả đầy đủ, hãy truy cập trang www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154. Để biết định nghĩa chung của các thuật ngữ phổ biến như **số tiền được cho phép**, **số tiền còn thiếu trên hóa đơn**, **tiền đồng bảo hiểm**, **đồng thanh toán**, **tiền khấu trừ**, **nhà cung cấp** hoặc các thuật ngữ được **gạch chân** khác, vui lòng xem Bảng thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bản Chú Giải tại <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để yêu cầu cung cấp bản sao.

Những câu hỏi quan trọng	Trả lời	Tại sao đây là điều quan trọng:
Tiền khấu trừ chung là bao nhiêu?	\$6,600 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$13,200 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc trong mạng lưới \$12,700 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$25,400 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc ngoài mạng lưới	Nói chung, quý vị phải trả tất cả chi phí từ nhà cung cấp cho tới số tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu chi trả. Chương trình này có đi kèm khoản khấu trừ . Nếu các quý vị có thành viên nào khác trong gia đình tham gia chương trình , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt được số tiền khấu trừ của bản thân cho đến khi tổng số chi phí tiền khấu trừ đã chi trả bởi tất cả thành viên gia đình đạt tới số tiền khấu trừ chung của cả gia đình.
Có các dịch vụ được bao trả trước khi quý vị đáp ứng số tiền khấu trừ không?	Có. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em, chăm sóc tiền sản và chăm sóc phòng ngừa trong mạng lưới được bao trả trước khi quý vị đạt tiền khấu trừ của mình.	Chương trình này bao trả một số hạng mục và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt số tiền khấu trừ . Nhưng quy định về đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm vẫn có thể được áp dụng. Ví dụ, chương trình này bao trả một số dịch vụ phòng ngừa mà không có phí tổn chia sẻ và trước khi quý vị trả xong số tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bao trả tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Có tiền khấu trừ nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Không	Quý vị không cần đạt tiền khấu trừ cho các dịch vụ cụ thể.

Mức giới hạn chi phí xuất túi đối với chương trình này là gì?	\$6,600 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$13,200 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc trong mạng lưới \$12,700 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$25,400 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc ngoài mạng lưới	Giới hạn chi phí xuất túi là số tiền tối đa quý vị có thể phải trả trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Chương trình này có giới hạn chi phí xuất túi . Nếu quý vị có những thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này thì họ phải đạt giới hạn chi phí xuất túi của bản thân cho đến khi đạt giới hạn chi phí xuất túi chung của gia đình.
Giới hạn chi phí xuất túi không bao gồm những gì?	Phí bảo hiểm , số tiền còn thiếu trên hóa đơn (trừ khi yêu cầu thanh toán số tiền còn thiếu trên hóa đơn bị cấm), và bảo hiểm y tế mà chương trình này không bao trả.	Mặc dù quý vị trả những chi phí này, nhưng chúng không tính vào giới hạn chi phí xuất túi .
Nếu dùng nhà cung cấp trong mạng lưới thì quý vị sẽ trả ít hơn không?	Có. Truy cập www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để biết danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới .	Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp . Quý vị sẽ phải chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình . Quý vị sẽ phải trả mức phí cao nhất nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới , và quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho khoản chênh lệch giữa phí tổn của nhà cung cấp và những phí tổn mà chương trình của quý vị sẽ bao trả (số tiền còn thiếu trên hóa đơn). Xin nhớ rằng, 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 dịch vụ xét nghiệm). Hãy kiểm tra với 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 đi khám với bác sĩ chuyên khoa quý vị chọn mà không cần giấy giới thiệu .



Quý vị phải trả tất cả **tiền đồng trả** và **tiền đồng bảo hiểm** nêu trong bảng này sau khi đã trả xong số **tiền khấu trừ** nếu có áp dụng **tiền khấu trừ**.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hoặc bệnh xá của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Khám bác sĩ chăm sóc chính để chữa trị một thương tích hoặc bệnh trạng	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Không

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc /chích ngừa	Miễn phí	Chăm sóc trẻ: 0% tiền đồng bảo hiểm Người lớn: 0% tiền đồng bảo hiểm	Quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ không phải phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị xem các dịch vụ cần thiết có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó kiểm tra chương trình của quý vị sẽ trả cho những dịch vụ nào.
Nếu quý vị đi xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Rọi hình (chụp CT/PET, MRI)	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	
Nếu quý vị cần thuốc để chữa trị bệnh hoặc một tình trạng cụ thể. Nhà thuốc bán lẻ là bất kỳ nhà thuốc được cấp phép nào mà quý vị có thể tới mua thuốc theo toa. Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện phân phối thuốc theo toa thông qua Bưu điện Hoa Kỳ. Tìm hiểu thêm thông tin về	Thuốc gốc được ưu tiên	0% tiền đồng bảo hiểm /bán lẻ 0% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày	0% tiền đồng bảo hiểm /bán lẻ 0% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày	Người tham gia trả toàn bộ chi phí cho các đơn thuốc cho đến khi đạt số tiền bằng tiền khấu trừ. Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
	Biệt dược ưu tiên	0% tiền đồng bảo hiểm /bán lẻ 0% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày	0% tiền đồng bảo hiểm /bán lẻ 0% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày	
	Thuốc không ưu tiên	0% tiền đồng bảo hiểm /bán lẻ 0% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày	0% tiền đồng bảo hiểm /bán lẻ 0% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày	

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
bao trả thuốc kê toa tại www.caremark.com	Thuốc chuyên khoa	0% tiền đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại chấn	Chi phí của cơ sở (chẳng hạn như trung tâm phẫu thuật ngoại viện)	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chuyên chở y tế cấp cứu	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	
	Chăm sóc cần gấp	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu quý vị nhập viện	Phí cho cơ sở (ví dụ, phòng bệnh viện)	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu quý vị cần dịch vụ về sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, hoặc lạm dụng dược chất	Dịch vụ cho Bệnh nhân ngoại trú	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước. Các dịch vụ tư vấn hôn nhân/cặp vợ chồng không được bao trả.
	Các dịch vụ nội trú bao gồm trị liệu sức khỏe tâm thần cho người lớn	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị có thai	Thăm khám tại văn phòng	Chăm sóc tiền sản: 0% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc sau sinh: 0% tiền đồng bảo hiểm	Chăm sóc tiền sản: 0% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc sau sinh: 0% tiền đồng bảo hiểm	Chia sẻ chi phí không áp dụng cho các dịch vụ phòng ngừa . Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	áp dụng chia sẻ chi phí khác. Chăm sóc sản khoa có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được nêu ở bất kỳ đâu trong SBC (ví dụ: siêu âm).
	Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	
Nếu quý vị cần được giúp phục hồi hoặc có nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại gia	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Kết hợp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới : 120 lượt thăm khám cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi	0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 0% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Kết hợp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới : 120 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Có thể cần được cho phép trước.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Thiết bị y tế lâu bền	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	0% tiền đồng bảo hiểm	0% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu con của quý vị cần được chăm sóc nha khoa hoặc nhãn khoa	Khám mắt trẻ em	Miễn phí	0% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Kiểm đeo mắt cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này

Các dịch vụ bị loại trừ và dịch vụ được bao trả khác:

Các dịch vụ [chương trình](#) của quý vị thường **KHÔNG** bao trả (Kiểm tra Hợp đồng hoặc tài liệu [chương trình](#) của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất kỳ [dịch vụ loại trừ](#) nào khác).

<ul style="list-style-type: none"> • Y tá riêng • Chăm sóc dài hạn 	<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc chân định kỳ • Chăm sóc Nha khoa (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) 	<ul style="list-style-type: none"> • Phẫu thuật Thẩm mỹ (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) • Chương trình giảm cân
--	--	---

Các Dịch vụ được Bao trả khác (Hạn chế được áp dụng cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu [chương trình](#) của quý vị.)

<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc trị liệu lần kinh cột sống • Phẫu thuật trị béo phì • Chữa trị liệt sinh 	<ul style="list-style-type: none"> • Châm cứu (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) • Chăm sóc không khẩn cấp khi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ 	<ul style="list-style-type: none"> • Máy trợ thính (chỉ dành cho thiết bị ngoài và có giới hạn về phạm vi bảo hiểm) • Chăm sóc nhãn khoa thường quy (người lớn)
---	--	---

Quyền tiếp tục được bảo hiểm: Có các cơ quan sẽ trợ giúp quý vị nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi bảo hiểm kết thúc. Chi tiết liên lạc với các cơ quan đó là: Sở Thương mại Minnesota ở số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform; hoặc Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, Trung tâm Thông tin Người tiêu dùng và Giám sát Bảo hiểm theo số 1-877-267-2323, số nội bộ 61565 hoặc www.cciio.cms.gov. Để biết thêm thông tin về quyền tiếp tục được bao trả của quý vị, liên hệ với chương trình theo số 1-866-289-5154.

Quý vị cũng có những lựa chọn bảo hiểm khác, bao gồm mua bảo hiểm cá nhân qua MNsure/Marketplace. Để biết thêm thông tin về [Marketplace](https://www.mnsure.com), truy cập www.mnsure.com hoặc gọi đến số 1-855-366-7873.

Quyền Than Phiền và Khiếu Nại của quý vị: Nếu quý vị có than phiền về [chương trình](#) vì bị từ chối [yêu cầu thanh toán](#) thì có các cơ quan có thể hỗ trợ quý vị. Điều này gọi là [than phiền](#) hoặc [khiếu nại](#). Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi quý vị nhận được cho [yêu cầu thanh toán](#) y tế đó. Tài liệu về [chương trình](#) cũng cho biết đầy đủ thông tin để đệ trình [yêu cầu thanh toán](#), [khiếu nại](#), hoặc [than phiền chương trình](#) vì bất cứ lý do gì. Để biết thêm thông tin về quyền hạn của quý vị, về thông báo này hoặc để được hỗ trợ, xin liên lạc: Blue Cross theo số điện thoại 1-866-289-5154; Sở Thương mại Minnesota theo số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform. Nếu quý vị được bao trả theo chương trình cung cấp bởi [chương trình](#) Bảo hiểm Y tế Tiểu Bang, thành phố, quận, học khu, hoặc Service Cooperative, hoặc chương trình nhà thờ, quý vị có thể liên hệ với đội ngũ Bảo hiểm Y tế của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-888-393-2789.

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

[Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thường bao gồm các [chương trình](#), bảo hiểm y tế được cung cấp qua [Marketplace](#) hoặc các hợp đồng thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE cùng một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận một số loại [Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được 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](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được [tín thuế phí bảo hiểm](#) để giúp trả tiền cho [chương trình](#) qua [Marketplace](#).

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Để xem các ví dụ về cách mà chương trình này có thể bảo hiểm chi phí cho một tình huống y tế giả định, hãy xem phần tiếp theo.

Tuyên bố Khai trình thông tin theo PRA: Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bị bắt buộc phải phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là **0938-1146**. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính là trung bình **0.08** giờ cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem xét các hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Chú ý: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Lưu ý về các ví dụ bao trả này:



Đây không phải là công cụ ước tính chi phí. Các phương pháp điều trị nêu tại đây chỉ là ví dụ về cách [chương trình](#) này có thể bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào chăm sóc thực tế quý vị nhận được, mức giá mà [nhà cung cấp](#) tính cho quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền [chia sẻ chi phí](#) ([tiền khấu trừ](#), [tiền đồng thanh toán](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#)) và [các dịch vụ loại trừ](#) theo [chương trình](#). Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí quý vị phải trả theo các [chương trình](#) bảo hiểm y tế khác nhau. Vui lòng lưu ý các ví dụ bao trả này chỉ dựa trên khoản bao trả.

Peg đang có thai
(chăm sóc tiền sản trong mạng lưới trong 9 tháng và hộ sinh tại bệnh viện)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$6,600**
- [Tiền đồng bảo hiểm bác sĩ chuyên khoa](#) **0%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **0%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **0%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng [bác sĩ chuyên khoa](#) (*chăm sóc tiền sản*)
 Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh
 Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*siêu âm và xét nghiệm máu*)
 Thăm khám [bác sĩ chuyên khoa](#) (*gây mê*)

Tổng chi phí trong ví dụ **\$12,700**

Trong ví dụ này, Peg phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$6,600
Tiền đồng thanh toán	\$0
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$6,660

Kiểm soát bệnh Tiểu đường loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới với kiểm soát bệnh thật tốt)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$6,600**
- [Tiền đồng bảo hiểm bác sĩ chuyên khoa](#) **0%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **0%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **0%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng của [bác sĩ chăm sóc chính](#) (*bao gồm giáo dục về bệnh tật*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*xét nghiệm máu*)
[Thuốc kê toa](#)
[Thiết bị y tế lâu bền](#) (*máy đo lượng gluco*)

Tổng chi phí trong ví dụ **\$5,600**

Trong ví dụ này, Joe phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$5,400
Tiền đồng thanh toán	\$0
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$20
Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là	\$5,420

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

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$6,600**
- [Tiền đồng bảo hiểm bác sĩ chuyên khoa](#) **0%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **0%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **0%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

[Chăm sóc tại phòng cấp cứu](#) (*bao gồm các tiếp liệu y tế*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*chụp quang tuyến*)
[Thiết bị y tế lâu dài](#) (*nạng đi*)
[Các dịch vụ phục hồi chức năng](#) (*trị liệu vật lý*)

Tổng chi phí trong ví dụ **\$2,800**

Trong ví dụ này, Mia phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$2,800
Tiền đồng thanh toán	\$0
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$2,800

[Chương trình](#) sẽ thanh toán những chi phí khác cho các dịch vụ được bao trả trong VÍ DỤ này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိတ်ဒီး, တၢ်ကဟ့ၣ်နၢကိတ်တၢ်မၤစၢၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.

Bản Tóm Lược Quyền Lợi và Mức Bao Trả: Chương Trình Đây Bao Trả Những Gì và Quý Vị Phải Trả Bao Nhiêu cho Dịch Vụ Được Bao Trả
TAYLOR CORPORATION – PPO Plan

Giai đoạn Bao trả: Bắt đầu vào hoặc sau 01/01/2024
Bao trả dành cho: Cá nhân/Gia đình | Loại Chương trình: PPO

! Tài liệu Tóm lược Quyền lợi và Mức bao trả (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa chọn **chương trình** bảo hiểm sức khỏe. SBC cho biết quý vị và **chương trình** sẽ chia sẻ chi phí như thế nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. LƯU Ý: Chúng tôi sẽ cung cấp riêng thông tin về phí tổn của **chương trình** này (gọi là **phí bảo hiểm**).

Đây chỉ là bản tóm lược. Để biết thêm thông tin về bao trả của quý vị, hoặc để lấy bản sao điều khoản bao trả đầy đủ, hãy truy cập trang www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154. Để biết định nghĩa chung của các thuật ngữ phổ biến như **số tiền được cho phép**, **số tiền còn thiếu trên hóa đơn**, **tiền đồng bảo hiểm**, **đồng thanh toán**, **tiền khấu trừ**, **nhà cung cấp** hoặc các thuật ngữ được **gạch chân** khác, vui lòng xem Bảng thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bản Chú Giải tại <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để yêu cầu cung cấp bản sao.

Những câu hỏi quan trọng	Trả lời	Tại sao đây là điều quan trọng:
Tiền khấu trừ chung là bao nhiêu?	\$2,500 cho bảo hiểm y tế cá nhân/ \$5,000 bảo hiểm y tế cho gia đình trong mạng lưới \$5,000 bảo hiểm y tế cá nhân/ \$10,000 bảo hiểm y tế cho gia đình ngoài mạng lưới	Nói chung, quý vị phải trả tất cả chi phí từ nhà cung cấp cho tới số tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu chi trả. Chương trình này có tiền khấu trừ . Nếu quý vị có thành viên gia đình khác cũng tham gia chương trình , mỗi hội viên gia đình phải đạt được tiền khấu trừ cho đến khi tổng chi phí tiền khấu trừ cho tất cả thành viên gia đình đáp ứng tiền khấu trừ cho cả gia đình.
Có các dịch vụ được bao trả trước khi quý vị đáp ứng số tiền khấu trừ không?	Có. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em, chăm sóc tiền sản và chăm sóc phòng ngừa trong mạng lưới được bao trả trước khi quý vị đạt tiền khấu trừ của mình.	Chương trình này bao trả một số hạng mục và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt số tiền khấu trừ . Nhưng quy định về đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm vẫn có thể được áp dụng. Ví dụ, chương trình này bao trả một số dịch vụ phòng ngừa mà không có phí tổn chia sẻ và trước khi quý vị trả xong số tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bao trả tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Có tiền khấu trừ nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Không	Quý vị không cần đạt tiền khấu trừ cho các dịch vụ cụ thể.

Mức giới hạn chi phí xuất túi đối với chương trình này là gì?	\$6,600 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$13,200 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc trong mạng lưới \$12,700 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$25,400 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc ngoài mạng lưới	Giới hạn chi phí xuất túi là số tiền tối đa quý vị có thể phải trả trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Chương trình này có giới hạn chi phí xuất túi . Nếu quý vị có những thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này thì họ phải đạt giới hạn chi phí xuất túi của bản thân cho đến khi đạt giới hạn chi phí xuất túi chung của gia đình.
Giới hạn chi phí xuất túi không bao gồm những gì?	Phí bảo hiểm , số tiền còn thiếu trên hóa đơn (trừ khi yêu cầu thanh toán số tiền còn thiếu trên hóa đơn bị cấm), và bảo hiểm y tế mà chương trình này không bao trả.	Mặc dù quý vị trả những chi phí này, nhưng chúng không tính vào giới hạn chi phí xuất túi .
Nếu dùng nhà cung cấp trong mạng lưới thì quý vị sẽ trả ít hơn không?	Có. Truy cập www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để biết danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới .	Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp . Quý vị sẽ phải chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình . Quý vị sẽ phải trả mức phí cao nhất nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới , và quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho khoản chênh lệch giữa phí tổn của nhà cung cấp và những phí tổn mà chương trình của quý vị sẽ bao trả (số tiền còn thiếu trên hóa đơn). Xin nhớ rằng, 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 dịch vụ xét nghiệm). Hãy kiểm tra với 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 đi khám với bác sĩ chuyên khoa quý vị chọn mà không cần giấy giới thiệu .



Quý vị phải trả tất cả **tiền đồng trả** và **tiền đồng bảo hiểm** nêu trong bảng này sau khi đã trả xong số **tiền khấu trừ** nếu có áp dụng **tiền khấu trừ**.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hoặc bệnh xá của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Khám bác sĩ chăm sóc chính để chữa trị một thương tích hoặc bệnh trạng	\$40 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Không

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	\$60 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc /chích ngừa	Miễn phí	Chăm sóc trẻ: 40% tiền đồng bảo hiểm Người lớn: 40% tiền đồng bảo hiểm	Quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ không phải phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị xem các dịch vụ cần thiết có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó kiểm tra chương trình của quý vị sẽ trả cho những dịch vụ nào.
Nếu quý vị đi xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Rọi hình (chụp CT/PET, MRI)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	
Nếu quý vị cần thuốc để chữa trị bệnh hoặc một tình trạng cụ thể. Nhà thuốc bán lẻ là bất kỳ nhà thuốc được cấp phép nào mà quý vị có thể tới mua thuốc theo toa . Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện phân phối thuốc theo toa thông qua Bưu điện Hoa Kỳ.	Thuốc gốc được ưu tiên	\$10 đồng trả /cửa hàng bán lẻ \$25 đồng trả /90 ngày bán lẻ	\$10 đồng trả /cửa hàng bán lẻ \$25 đồng trả /90 ngày bán lẻ	Người tham gia trả toàn bộ chi phí cho các đơn thuốc cho đến khi đạt số tiền bằng tiền khấu trừ. Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
	Biệt dược ưu tiên	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$40, tối đa \$80 20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$100, tối đa \$200	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$40, tối đa \$80 20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$100, tối đa \$200	

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Tìm hiểu thêm thông tin về bao trả thuốc kê toa tại www.caremark.com	Thuốc không ưu tiên	50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$60, tối đa \$120 50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$150, tối đa \$300	50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$60, tối đa \$120 50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$150, tối đa \$300	
	Thuốc chuyên khoa	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$75, tối đa \$150	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$75, tối đa \$150	Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại chấn	Chi phí của cơ sở (chẳng hạn như trung tâm phẫu thuật ngoại viện)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chuyên chở y tế cấp cứu	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	
	Chăm sóc cần gấp	\$40 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu quý vị nhập viện	Phí cho cơ sở (ví dụ, phòng bệnh viện)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Không

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị cần dịch vụ về sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, hoặc lạm dụng được chất	Dịch vụ cho Bệnh nhân ngoại trú	\$40 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước. Các dịch vụ tư vấn hôn nhân/cặp vợ chồng không được bao trả.
	Các dịch vụ nội trú bao gồm trị liệu sức khỏe tâm thần cho người lớn	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị có thai	Thăm khám tại văn phòng	Chăm sóc trước sinh: 0% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc tiền sản: \$40 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng chăm sóc chính hoặc \$60 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa, áp dụng bất kỳ lượt thăm khám nào đủ điều kiện, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	Chăm sóc tiền sản: 40% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc sau sinh: 40% tiền đồng bảo hiểm	Chia sẻ chi phí không áp dụng cho các dịch vụ phòng ngừa . Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng chia sẻ chi phí khác. Chăm sóc sản khoa có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được nêu ở bất kỳ đâu trong SBC (ví dụ: siêu âm).
	Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	
	Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị cần được giúp phục hồi hoặc có nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại gia	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Kết hợp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới : 120 lượt thăm khám cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi	\$40 tiền đồng trả cho trị liệu nghề nghiệp, tiền khấu trừ không áp dụng \$40 tiền đồng trả cho trị liệu vật lý; tiền khấu trừ không áp dụng \$40 tiền đồng trả cho trị liệu ngôn ngữ; tiền khấu trừ không áp dụng	40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	\$40 tiền đồng trả cho trị liệu nghề nghiệp, tiền khấu trừ không áp dụng \$40 tiền đồng trả cho trị liệu vật lý; tiền khấu trừ không áp dụng \$40 tiền đồng trả cho trị liệu ngôn ngữ; tiền khấu trừ không áp dụng	40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	
	Thiết bị y tế lâu bền	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu con của quý vị cần được chăm sóc nha khoa hoặc nhãn khoa	Khám mắt trẻ em	Miễn phí	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Kiểm đeo mắt cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này

Các dịch vụ bị loại trừ và dịch vụ được bao trả khác:

Các dịch vụ [chương trình](#) của quý vị thường KHÔNG bao trả (Kiểm tra Hợp đồng hoặc tài liệu [chương trình](#) của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất kỳ [dịch vụ loại trừ](#) nào khác).

<ul style="list-style-type: none"> • Y tá riêng • Chăm sóc dài hạn 	<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc chân định kỳ • Chăm sóc Nha khoa (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) 	<ul style="list-style-type: none"> • Phẫu thuật Thẩm mỹ (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) • Chương trình giảm cân
--	--	---

Các Dịch vụ được Bao trả khác (Hạn chế được áp dụng cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu [chương trình](#) của quý vị.)

<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc trị liệu lần kinh cột sống • Phẫu thuật trị béo phì • Chữa trị liệt sinh 	<ul style="list-style-type: none"> • Châm cứu (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) • Chăm sóc không khẩn cấp khi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ 	<ul style="list-style-type: none"> • Máy trợ thính (chỉ dành cho thiết bị ngoài và có giới hạn về phạm vi bảo hiểm) • Chăm sóc nhãn khoa thường quy (người lớn)
---	--	---

Quyền tiếp tục được bảo hiểm: Có các cơ quan sẽ trợ giúp quý vị nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi bảo hiểm kết thúc. Chi tiết liên lạc với các cơ quan đó là: Sở Thương mại Minnesota ở số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform; hoặc Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, Trung tâm Thông tin Người tiêu dùng và Giám sát Bảo hiểm theo số 1-877-267-2323, số nội bộ 61565 hoặc www.cciio.cms.gov. Để biết thêm thông tin về quyền tiếp tục được bao trả của quý vị, liên hệ với chương trình theo số 1-866-289-5154. Có thể có các lựa chọn bảo hiểm khác có sẵn cho quý vị gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua MNSure/Marketplace Để biết thêm thông tin về [Marketplace](#), hãy truy cập www.mnsure.com hoặc gọi đến 1-855-366-7873.

Quyền Than Phiền và Khiếu Nại của quý vị: Nếu quý vị có than phiền về [chương trình](#) vì bị từ chối [yêu cầu thanh toán](#) thì có các cơ quan có thể hỗ trợ quý vị. Điều này gọi là [than phiền](#) hoặc [khiếu nại](#). Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi quý vị nhận được cho [yêu cầu thanh toán](#) y tế đó. Tài liệu về [chương trình](#) cũng cho biết đầy đủ thông tin để đệ trình [yêu cầu thanh toán](#), [khiếu nại](#), hoặc [than phiền chương trình](#) vì bất cứ lý do gì. Để biết thêm thông tin về quyền hạn của quý vị, về thông báo này hoặc để được hỗ trợ, xin liên lạc: Blue Cross theo số điện thoại 1-866-289-5154; Sở Thương mại Minnesota theo số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform. Nếu quý vị được bao trả theo chương trình cung cấp bởi [chương trình](#) Bảo hiểm Y tế Tiểu Bang, thành phố, quận, học khu, hoặc Service Cooperative, hoặc chương trình nhà thờ, quý vị có thể liên hệ với đội ngũ Bảo hiểm Y tế của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-888-393-2789.

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

[Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thường bao gồm các [chương trình](#), bảo hiểm y tế được cung cấp qua [Marketplace](#) hoặc các hợp đồng thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE cùng một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận một số loại [Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được 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](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được [tín thuế phí bảo hiểm](#) để giúp trả tiền cho [chương trình](#) qua [Marketplace](#).

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com

- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560

- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Để xem các ví dụ về cách mà chương trình này có thể bảo hiểm chi phí cho một tình huống y tế giả định, hãy xem phần tiếp theo.

Tuyên bố Khai trình thông tin theo PRA: Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bị bắt buộc phải phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là **0938-1146**. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính là trung bình **0.08** giờ cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem xét các hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Chú ý: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Lưu ý về các ví dụ bao trả này:



Đây không phải là công cụ ước tính chi phí. Các phương pháp điều trị nêu tại đây chỉ là ví dụ về cách [chương trình](#) này có thể bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào chăm sóc thực tế quý vị nhận được, mức giá mà [nhà cung cấp](#) tính cho quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền [chia sẻ chi phí](#) ([tiền khấu trừ](#), [tiền đồng thanh toán](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#)) và [các dịch vụ loại trừ](#) theo [chương trình](#). Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí quý vị phải trả theo các [chương trình](#) bảo hiểm y tế khác nhau. Vui lòng lưu ý các ví dụ bao trả này chỉ dựa trên khoản bao trả.

Peg đang có thai
(chăm sóc tiền sản trong mạng lưới trong 9 tháng và hộ sinh tại bệnh viện)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$2,500**
- [Tiền đồng trả bác sĩ chuyên khoa](#) **\$60**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng [bác sĩ chuyên khoa](#) (*chăm sóc tiền sản*)
 Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh
 Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*siêu âm và xét nghiệm máu*)
 Thăm khám [bác sĩ chuyên khoa](#) (*gây mê*)

Tổng chi phí trong ví dụ **\$12,700**

Trong ví dụ này, Peg phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$2,500
Tiền đồng thanh toán	\$10
Tiền đồng bảo hiểm	\$1,500
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$4,070

Kiểm soát bệnh Tiểu đường loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới với kiểm soát bệnh thật tốt)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$2,500**
- [Tiền đồng trả bác sĩ chuyên khoa](#) **\$60**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng của [bác sĩ chăm sóc chính](#) (*bao gồm giáo dục về bệnh tật*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*xét nghiệm máu*)
[Thuốc kê toa](#)
[Thiết bị y tế lâu bền](#) (*máy đo lượng gluco*)

Tổng chi phí trong ví dụ **\$5,600**

Trong ví dụ này, Joe phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$900
Tiền đồng thanh toán	\$700
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$20
Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là	\$1,620

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

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$2,500**
- [Tiền đồng trả bác sĩ chuyên khoa](#) **\$60**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

[Chăm sóc tại phòng cấp cứu](#) (*bao gồm các tiếp liệu y tế*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*chụp quang tuyến*)
[Thiết bị y tế lâu dài](#) (*nạng đi*)
[Các dịch vụ phục hồi chức năng](#) (*trị liệu vật lý*)

Tổng chi phí trong ví dụ **\$2,800**

Trong ví dụ này, Mia phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$2,100
Tiền đồng thanh toán	\$300
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$2,400

[Chương trình](#) sẽ thanh toán những chi phí khác cho các dịch vụ được bao trả trong **VÍ DỤ** này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိရှိဒီး, တၢ်ကဟ့ၣ်နၢကိၣ်တၢ်မၤစၢၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yánít'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíik'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.

Bản Tóm Lược Quyền Lợi và Mức Bao Trả: Chương Trình Đây Bao Trả Những Gì và Quý Vị Phải Trả Bao Nhiêu cho Dịch Vụ Được Bao Trả
TAYLOR CORPORATION – PPO Plus Plan

Giai đoạn Bao trả: Bắt đầu vào hoặc sau 01/01/2024

Bao trả dành cho: Cá nhân/Gia đình | **Loại Chương trình:** PPO

! Tài liệu Tóm lược Quyền lợi và Mức bao trả (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa chọn **chương trình** bảo hiểm sức khỏe. SBC cho biết quý vị và **chương trình** sẽ chia sẻ chi phí như thế nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. LƯU Ý: Chúng tôi sẽ cung cấp riêng thông tin về phí tổn của **chương trình** này (gọi là **phí bảo hiểm**).

Đây chỉ là bản tóm lược. Để biết thêm thông tin về bao trả của quý vị, hoặc để lấy bản sao điều khoản bao trả đầy đủ, hãy truy cập trang www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154. Để biết định nghĩa chung của các thuật ngữ phổ biến như **số tiền được cho phép**, **số tiền còn thiếu trên hóa đơn**, **tiền đồng bảo hiểm**, **đồng thanh toán**, **tiền khấu trừ**, **nhà cung cấp** hoặc các thuật ngữ được **gạch chân** khác, vui lòng xem Bảng thuật ngữ. Quý vị có thể xem Bản Chú Giải tại <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để yêu cầu cung cấp bản sao.

Những câu hỏi quan trọng	Trả lời	Tại sao đây là điều quan trọng:
Tiền khấu trừ chung là bao nhiêu?	\$1,500 cho bảo hiểm y tế cá nhân/ \$3,000 bảo hiểm y tế cho gia đình trong mạng lưới \$4,000 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$8,000 bảo hiểm y tế cho gia đình ngoài mạng lưới	Nói chung, quý vị phải trả tất cả chi phí từ nhà cung cấp cho tới số tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu chi trả. Chương trình này có đi kèm khoản khấu trừ . Nếu các quý vị có thành viên nào khác trong gia đình tham gia chương trình , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt được số tiền khấu trừ của bản thân cho đến khi tổng số chi phí tiền khấu trừ đã chi trả bởi tất cả thành viên gia đình đạt tới số tiền khấu trừ chung của cả gia đình.
Có các dịch vụ được bao trả trước khi quý vị đáp ứng số tiền khấu trừ không?	Có. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em, chăm sóc tiền sản và chăm sóc phòng ngừa trong mạng lưới được bao trả trước khi quý vị đạt tiền khấu trừ của mình.	Chương trình này bao trả một số hạng mục và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt số tiền khấu trừ . Nhưng quy định về đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm vẫn có thể được áp dụng. Ví dụ, chương trình này bao trả một số dịch vụ phòng ngừa mà không có phí tổn chia sẻ và trước khi quý vị trả xong số tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bao trả tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Có tiền khấu trừ nào khác cho các dịch vụ cụ thể không?	Không	Quý vị không cần đạt tiền khấu trừ cho các dịch vụ cụ thể.

Mức giới hạn chi phí xuất túi đối với chương trình này là gì?	\$6,600 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$13,200 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc trong mạng lưới \$12,700 bảo hiểm y tế cho cá nhân/ \$25,400 bảo hiểm y tế cho gia đình và thuốc ngoài mạng lưới	Giới hạn chi phí xuất túi là số tiền tối đa quý vị có thể phải trả trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Chương trình này có giới hạn chi phí xuất túi . Nếu quý vị có những thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này thì họ phải đạt giới hạn chi phí xuất túi của bản thân cho đến khi đạt giới hạn chi phí xuất túi chung của gia đình.
Giới hạn chi phí xuất túi không bao gồm những gì?	Phí bảo hiểm , số tiền còn thiếu trên hóa đơn (trừ khi yêu cầu thanh toán số tiền còn thiếu trên hóa đơn bị cấm), và bảo hiểm y tế mà chương trình này không bao trả.	Mặc dù quý vị trả những chi phí này, nhưng chúng không tính vào giới hạn chi phí xuất túi .
Nếu dùng nhà cung cấp trong mạng lưới thì quý vị sẽ trả ít hơn không?	Có. Truy cập www.bluecrossmn.com/taylor hoặc gọi đến số 1-866-289-5154 để biết danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới .	Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp . Quý vị sẽ phải chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình . Quý vị sẽ phải trả mức phí cao nhất nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới , và quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho khoản chênh lệch giữa phí tổn của nhà cung cấp và những phí tổn mà chương trình của quý vị sẽ bao trả (số tiền còn thiếu trên hóa đơn). Xin nhớ rằng, 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 dịch vụ xét nghiệm). Hãy kiểm tra với 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 đi khám với bác sĩ chuyên khoa quý vị chọn mà không cần giấy giới thiệu .



Quý vị phải trả tất cả **tiền đồng trả** và **tiền đồng bảo hiểm** nêu trong bảng này sau khi đã trả xong số **tiền khấu trừ** nếu có áp dụng **tiền khấu trừ**.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hoặc bệnh xá của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Khám bác sĩ chăm sóc chính để chữa trị một thương tích hoặc bệnh trạng	\$25 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Không

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	\$35 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chăm sóc phòng ngừa/sàng lọc /chích ngừa	Miễn phí	Chăm sóc trẻ: 40% tiền đồng bảo hiểm Người lớn: 40% tiền đồng bảo hiểm	Quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ không phải phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị xem các dịch vụ cần thiết có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó kiểm tra chương trình của quý vị sẽ trả cho những dịch vụ nào.
Nếu quý vị đi xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Rọi hình (chụp CT/PET, MRI)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	
Nếu quý vị cần thuốc để chữa trị bệnh hoặc một tình trạng cụ thể. Nhà thuốc bán lẻ là bất kỳ nhà thuốc được cấp phép nào mà quý vị có thể tới mua thuốc theo toa . Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện phân phối thuốc theo toa thông qua Bưu điện Hoa Kỳ.	Thuốc gốc được ưu tiên	\$10 đồng trả /cửa hàng bán lẻ \$25 đồng trả /90 ngày bán lẻ	\$10 đồng trả /cửa hàng bán lẻ \$25 đồng trả /90 ngày bán lẻ	Người tham gia trả toàn bộ chi phí cho các đơn thuốc cho đến khi đạt số tiền bằng tiền khấu trừ. Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
	Biệt dược ưu tiên	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$40, tối đa \$80 20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$100, tối đa \$200	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$40, tối đa \$80 20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$100, tối đa \$200	

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Tìm hiểu thêm thông tin về bao trả thuốc kê toa tại www.caremark.com	Thuốc không ưu tiên	50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$60, tối đa \$120 50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$150, tối đa \$300	50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$60, tối đa \$120 50% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ 90 ngày; tối thiểu \$150, tối đa \$300	
	Thuốc chuyên khoa	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$75, tối đa \$150	20% tiền đồng bảo hiểm /lần bán lẻ; tối thiểu \$75, tối đa \$150	Không bao trả cho dịch vụ cấp thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp .
Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại chấn	Chi phí của cơ sở (chẳng hạn như trung tâm phẫu thuật ngoại viện)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chuyên chở y tế cấp cứu	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	
	Chăm sóc cần gấp	\$25 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu quý vị nhập viện	Phí cho cơ sở (ví dụ, phòng bệnh viện)	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Chi phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Không

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị cần dịch vụ về sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, hoặc lạm dụng được chất	Dịch vụ cho Bệnh nhân ngoại trú	\$25 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước. Các dịch vụ tư vấn hôn nhân/cặp vợ chồng không được bao trả.
	Các dịch vụ nội trú bao gồm trị liệu sức khỏe tâm thần cho người lớn	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.
Nếu quý vị có thai	Thăm khám tại văn phòng	Chăm sóc trước sinh: 0% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc tiền sản: \$25 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng chăm sóc chính hoặc \$35 tiền đồng trả /lần thăm khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa, áp dụng bất kỳ lượt thăm khám nào đủ điều kiện, tiền khấu trừ không áp dụng; 20% tiền đồng bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ khác	Chăm sóc tiền sản: 40% tiền đồng bảo hiểm Chăm sóc sau sinh: 40% tiền đồng bảo hiểm	Chia sẻ chi phí không áp dụng cho các dịch vụ phòng ngừa . Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng chia sẻ chi phí khác. Chăm sóc sản khoa có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được nêu ở bất kỳ đâu trong SBC (ví dụ: siêu âm).
	Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	
	Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
Nếu quý vị cần được giúp phục hồi hoặc có nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại gia	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Kết hợp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới : 120 lượt thăm khám cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi	\$25 tiền đồng trả cho trị liệu nghề nghiệp, tiền khấu trừ không áp dụng \$25 tiền đồng trả cho trị liệu vật lý; tiền khấu trừ không áp dụng \$25 tiền đồng trả cho trị liệu ngôn ngữ; tiền khấu trừ không áp dụng	40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	Có thể cần được cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	\$25 tiền đồng trả cho trị liệu nghề nghiệp, tiền khấu trừ không áp dụng \$25 tiền đồng trả cho trị liệu vật lý; tiền khấu trừ không áp dụng \$25 tiền đồng trả cho trị liệu ngôn ngữ; tiền khấu trừ không áp dụng	40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu nghề nghiệp 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu vật lý 40% tiền đồng bảo hiểm cho trị liệu ngôn ngữ	
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Kết hợp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới : 120 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Có thể cần được cho phép trước.
	Thiết bị y tế lâu bền	20% tiền đồng bảo hiểm	20% tiền đồng bảo hiểm	Có thể cần được cho phép trước.

Biến cố Y tế Thường gặp	Các Dịch vụ quý vị có thể cần	Quý vị sẽ trả những chi phí nào		Hạn chế, Loại trừ & Thông tin Quan trọng khác
		Nhà cung cấp trong mạng lưới (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc ngoài mạng lưới (Quý vị sẽ phải trả nhiều phí nhất)	
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	20% tiền đồng bảo hiểm	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
Nếu con của quý vị cần được chăm sóc nha khoa hoặc nhãn khoa	Khám mắt trẻ em	Miễn phí	40% tiền đồng bảo hiểm	Không
	Kính đeo mắt cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không bao trả cho những dịch vụ này

Các dịch vụ bị loại trừ và dịch vụ được bao trả khác:

Các dịch vụ [chương trình](#) của quý vị thường KHÔNG bao trả (Kiểm tra Hợp đồng hoặc tài liệu [chương trình](#) của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất kỳ [dịch vụ loại trừ](#) nào khác).

<ul style="list-style-type: none"> • Y tá riêng • Chăm sóc dài hạn 	<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc chân định kỳ • Chăm sóc Nha khoa (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) 	<ul style="list-style-type: none"> • Phẫu thuật Thẩm mỹ (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) • Chương trình giảm cân
--	--	---

Các Dịch vụ được Bao trả khác (Hạn chế được áp dụng cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu [chương trình](#) của quý vị.)

<ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc trị liệu lần kinh cột sống • Phẫu thuật trị béo phì • Chữa trị liệt sinh 	<ul style="list-style-type: none"> • Châm cứu (ngoại trừ như được quy định trong các quyền lợi theo chương trình) • Chăm sóc không khẩn cấp khi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ 	<ul style="list-style-type: none"> • Máy trợ thính (chỉ dành cho thiết bị ngoài và có giới hạn về phạm vi bảo hiểm) • Chăm sóc nhãn khoa thường quy (người lớn)
---	--	---

Quyền tiếp tục được bảo hiểm: Có các cơ quan sẽ trợ giúp quý vị nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của mình sau khi bảo hiểm kết thúc. Chi tiết liên lạc với các cơ quan đó là: Sở Thương mại Minnesota ở số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform; hoặc Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, Trung tâm Thông tin Người tiêu dùng và Giám sát Bảo hiểm theo số 1-877-267-2323, số nội bộ 61565 hoặc www.cciio.cms.gov. Để biết thêm thông tin về quyền tiếp tục được bao trả của quý vị, liên hệ với chương trình theo số 1-866-289-5154. Có thể có các lựa chọn bảo hiểm khác có sẵn cho quý vị gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua MNSure/Marketplace Để biết thêm thông tin về [Marketplace](#), hãy truy cập www.mnsure.com hoặc gọi đến 1-855-366-7873.

Quyền Than Phiền và Khiếu Nại của quý vị: Nếu quý vị có than phiền về [chương trình](#) vì bị từ chối [yêu cầu thanh toán](#) thì có các cơ quan có thể hỗ trợ quý vị. Điều này gọi là [than phiền](#) hoặc [khiếu nại](#). Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi quý vị nhận được cho [yêu cầu thanh toán](#) y tế đó. Tài liệu về [chương trình](#) cũng cho biết đầy đủ thông tin để đệ trình [yêu cầu thanh toán](#), [khiếu nại](#), hoặc [than phiền chương trình](#) vì bất cứ lý do gì. Để biết thêm thông tin về quyền hạn của quý vị, về thông báo này hoặc để được hỗ trợ, xin liên lạc: Blue Cross theo số điện thoại 1-866-289-5154; Sở Thương mại Minnesota theo số 1-800-657-3602; Cơ quan Quản lý An ninh Quyền lợi Nhân viên thuộc Sở Bộ Lao động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform. Nếu quý vị được bao trả theo chương trình cung cấp bởi [chương trình](#) Bảo hiểm Y tế Tiểu Bang, thành phố, quận, học khu, hoặc Service Cooperative, hoặc chương trình nhà thờ, quý vị có thể liên hệ với đội ngũ Bảo hiểm Y tế của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-888-393-2789.

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

[Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thường bao gồm các [chương trình](#), bảo hiểm y tế được cung cấp qua [Marketplace](#) hoặc các hợp đồng thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE cùng một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận một số loại [Bảo hiểm Thiết yếu Tối thiểu](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được 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](#) thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được [tín thuế phía bảo hiểm](#) để giúp trả tiền cho [chương trình](#) qua [Marketplace](#).

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com

- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560

- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Để xem các ví dụ về cách mà chương trình này có thể bảo hiểm chi phí cho một tình huống y tế giả định, hãy xem phần tiếp theo.

Tuyên bố Khai trình thông tin theo PRA: Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bị bắt buộc phải phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là **0938-1146**. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính là trung bình **0.08** giờ cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem xét các hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Chú ý: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Lưu ý về các ví dụ bao trả này:



Đây không phải là công cụ ước tính chi phí. Các phương pháp điều trị nêu tại đây chỉ là ví dụ về cách [chương trình](#) này có thể bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào chăm sóc thực tế quý vị nhận được, mức giá mà [nhà cung cấp](#) tính cho quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền [chia sẻ chi phí](#) ([tiền khấu trừ](#), [tiền đồng thanh toán](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#)) và [các dịch vụ loại trừ](#) theo [chương trình](#). Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí quý vị phải trả theo các [chương trình](#) bảo hiểm y tế khác nhau. Vui lòng lưu ý các ví dụ bao trả này chỉ dựa trên khoản bao trả.

Peg đang có thai
(chăm sóc tiền sản trong mạng lưới trong 9 tháng và hộ sinh tại bệnh viện)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$1,500**
- [Tiền đồng trả](#) khi khám bác sĩ chuyên khoa **\$35**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng [bác sĩ chuyên khoa](#) (*chăm sóc tiền sản*)
 Các dịch vụ chuyên khoa sinh nở/hộ sinh
 Dịch vụ sinh nở/hộ sinh tại cơ sở y tế
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*siêu âm và xét nghiệm máu*)
 Thăm khám [bác sĩ chuyên khoa](#) (*gây mê*)

Tổng chi phí trong ví dụ \$12,700

Trong ví dụ này, Peg phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$1,500
Tiền đồng thanh toán	\$10
Tiền đồng bảo hiểm	\$1,700
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$3,270

Kiểm soát bệnh Tiểu đường loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới với kiểm soát bệnh thật tốt)

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$1,500**
- [Tiền đồng trả](#) khi khám bác sĩ chuyên khoa **\$35**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

Đến khám tại văn phòng của [bác sĩ chăm sóc chính](#) (*bao gồm giáo dục về bệnh tật*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*xét nghiệm máu*)
[Thuốc kê toa](#)
[Thiết bị y tế lâu bền](#) (*máy đo lượng gluco*)

Tổng chi phí trong ví dụ \$5,600

Trong ví dụ này, Joe phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$900
Tiền đồng thanh toán	\$500
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$20
Tổng số tiền Joe sẽ phải trả là	\$1,420

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

- Tổng [số tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) **\$1,500**
- [Tiền đồng trả](#) khi khám bác sĩ chuyên khoa **\$35**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) chăm sóc tại bệnh viện (cơ sở) **20%**
- [Tiền đồng bảo hiểm](#) khác **20%**

VÍ DỤ này bao gồm các dịch vụ như:

[Chăm sóc tại phòng cấp cứu](#) (*bao gồm các tiếp liệu y tế*)
[Xét nghiệm chẩn đoán](#) (*chụp quang tuyến*)
[Thiết bị y tế lâu dài](#) (*nạng đi*)
[Các dịch vụ phục hồi chức năng](#) (*trị liệu vật lý*)

Tổng chi phí trong ví dụ \$2,800

Trong ví dụ này, Mia phải trả:

<i>Chia sẻ Chi phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$1,500
Tiền đồng thanh toán	\$200
Tiền đồng bảo hiểm	\$100
Những gì không được bao trả	
Các giới hạn hoặc ngoại lệ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$1,800

[Chương trình](#) sẽ thanh toán những chi phí khác cho các dịch vụ được bao trả trong Ví DỤ này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိတ်ဒီး, တၢ်ကဟ့ၣ်နၢကိတ်တၢ်မၤစၢၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.