

# Silver 70 PPO 2500/55 PCP + Child Dental

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 1 tháng 12 năm 2026

ĐẶC ĐIỂM	Nhóm Nhà Cung Cấp Tham Gia (trong mạng lưới) <sup>1</sup>	Nhóm Nhà Cung Cấp Không Tham Gia (ngoài mạng lưới) <sup>1</sup>
<b>TIỀN KHẤU TRỪ THEO CHƯƠNG TRÌNH</b> (Cố định)	Cá nhân — \$2,500 <sup>2</sup> / Gia đình — \$5,000 <sup>2</sup>	Cá nhân — \$5,000 <sup>2</sup> / Gia đình — \$10,000 <sup>2</sup>
<b>CHI PHÍ TỰ TRẢ TỐI ĐA</b> (Cố định)	Cá nhân — \$8,750 <sup>2,3</sup> / Gia đình — \$17,500 <sup>2,3</sup>	Cá nhân — \$17,500 <sup>2,3</sup> / Gia đình — \$35,000 <sup>2,3</sup>
<b>TẠI VĂN PHÒNG Y TẾ</b>		
Thăm khám chăm sóc ban đầu	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Thăm khám chăm sóc khẩn cấp	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Thăm khám tại phòng khám chuyên khoa	\$90	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Các dịch vụ phòng ngừa (ví dụ: khám sàng lọc, thăm khám trước sinh, sau sinh và chủng ngừa)	\$0 <sup>4,5,6,7</sup>	40% <sup>4,5,6,7</sup>
Thăm khám chăm sóc phòng ngừa cho trẻ em khỏe mạnh (đến 23 tháng tuổi)	\$0	40%
Tiêm thuốc điều trị dị ứng	20% mỗi lần thăm khám	40% mỗi lần thăm khám (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Dịch vụ sinh sản	Không được đài thọ <sup>8</sup>	Không được đài thọ
Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và âm ngữ trị liệu	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Hầu hết các loại dịch vụ chụp X-quang và xét nghiệm chẩn đoán	\$90	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Hầu hết các dịch vụ chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI), chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT) và chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography, PET)	\$300 (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Phẫu thuật ngoại trú (mỗi thủ thuật)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
<b>DỊCH VỤ CẤP CỨU</b>		
Thăm khám tại khoa cấp cứu (được miễn nếu trực tiếp nhập viện)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Xe cứu thương	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
<b>THUỐC THEO TOA</b> (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)		
Thuốc gốc (Bậc 1)	\$19 <sup>9,10,12</sup>	Không được đài thọ
Biệt dược (Bậc 2)	\$85 (sau khi trả \$300/\$600 tiền khấu trừ cho thuốc) <sup>9,10,11,12</sup>	Không được đài thọ
Thuốc chuyên khoa (Bậc 4)	30%/toa thuốc, tối đa \$250 (sau khi trả \$300/\$600 tiền khấu trừ cho thuốc) <sup>10,11,12</sup>	Không được đài thọ
<b>CHĂM SÓC NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN</b>		
Dịch vụ của bác sĩ, phòng bệnh và ăn uống, xét nghiệm, thuốc men, vật tư, liệu pháp, dịch vụ sinh sản	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (tối đa 100 ngày trong mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
<b>DỊCH VỤ SỨC KHỎE TÂM THẦN</b>		
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Nội trú (tại bệnh viện)	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
<b>DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN</b>		
Ngoại trú (tại văn phòng y tế)	\$55	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Nội trú (tại bệnh viện) — chỉ cai nghiện	35% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)	50% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
<b>KHÁC</b>		
Dịch vụ chăm sóc trực tuyến	\$0	\$0
Châm cứu (được bác sĩ giới thiệu)	\$55 mỗi lần thăm khám	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Một số dụng cụ y khoa lâu bền (DME) (bổ sung và cơ bản)	35% <sup>13,14</sup>	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình) <sup>13,14</sup>
Một số bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình	35%	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Chăm sóc nhãn khoa cho trẻ em (kính mắt)	1 cặp kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm <sup>15</sup>	20% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình) <sup>15</sup>
Khám thị lực cho trẻ em	\$0	0% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)
Chăm sóc nhãn khoa cho người lớn (kính mắt)	Không được đài thọ	Không được đài thọ
Khám thị lực cho người lớn (khám tật khúc xạ mắt)	\$0	Không được đài thọ
Chăm sóc sức khỏe tại gia (tối đa 100 lần thăm khám mỗi năm)	\$45 <sup>16</sup>	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình) <sup>16</sup>
Chăm sóc giai đoạn cuối đời	\$0	40% (sau khi trả tiền khấu trừ theo chương trình)

(tiếp tục)

## Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 1 tháng 12 năm 2026

(tiếp theo)

1. Các khoản thanh toán dựa trên mức phí tối đa cho phép đối với các dịch vụ được đài thọ. Mức phí tối đa cho phép nghĩa là mức phí thấp nhất trong các khoản sau: phí thông thường, thường lệ và hợp lý; mức phí thỏa thuận; hoặc các khoản phí thanh toán thực tế. Mức phí tối đa cho phép cho thể thấp hơn khoản chi phí thực tế của nhà cung cấp. Những người được bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản nào vượt quá mức phí tối đa cho phép đối với một dịch vụ được đài thọ.
2. Chương trình này có một khoản chi phí tự trả tối đa và tiền khấu trừ cố định. Mỗi thành viên trong gia đình sẽ bắt đầu thanh toán tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm sau khi đạt đến khoản tiền khấu trừ hoặc khoản chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó (tùy theo quyền lợi) hoặc khi đạt đến khoản tiền khấu trừ hoặc khoản chi phí tự trả tối đa của cả gia đình. Từng thành viên trong gia đình không phải trả khoản chia sẻ chi phí khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó hoặc khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cả gia đình.
3. Các khoản phí được đài thọ phát sinh để tính vào mức chi phí tự trả tối đa đối với nhóm nhà cung cấp không tham gia chương trình sẽ không được cộng để tính vào mức chi phí tự trả tối đa đối với nhóm nhà cung cấp tham gia chương trình. Tương tự như vậy, các khoản phí được đài thọ phát sinh để tính vào mức chi phí tự trả tối đa đối với nhà cung cấp tham gia chương trình sẽ không được cộng để tính vào mức chi phí tự trả tối đa đối với nhà cung cấp không tham gia chương trình. Để hiểu đầy đủ về chi phí tự trả tối đa, vui lòng tham khảo *Chứng Nhận Bảo Hiểm* của quý vị.
4. Các xét nghiệm phòng ngừa, chụp X-quang và chủng ngừa được đài thọ như một phần của dịch vụ khám phòng ngừa.
5. Thăm khám trước sinh và sau sinh theo lịch.
6. Thăm khám tại văn phòng để nhận dịch vụ chăm sóc trước sinh định kỳ được đài thọ theo Đạo Luật Chăm Sóc Hợp Tái Tiên (ACA). Dịch vụ chăm sóc này bao gồm kiểm tra lần khám ban đầu và các lần tiếp theo, khám sức khỏe thể chất, ghi lại cân nặng, huyết áp, nhịp tim thai và phân tích thành phần hóa học trong nước tiểu định kỳ.
7. Dịch vụ chăm sóc sinh sản và nội trú cho mẹ và bé được đài thọ theo quyền lợi dịch vụ nội trú. Để hiểu đầy đủ về các dịch vụ sinh sản, vui lòng xem *Chứng Nhận Bảo Hiểm Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)* của quý vị.
8. Chương trình này có thể bổ sung thêm quyền lợi sinh sản nếu quý vị thanh toán thêm phụ phí. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với người môi giới của quý vị hoặc đại diện Kaiser Permanente.
9. Người được bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán tiền đồng trả cho biết được cộng với phần chênh lệch về chi phí giữa thuốc gốc và biệt dược khi người được bảo hiểm yêu cầu sử dụng biệt dược trong khi có sẵn thuốc gốc.
10. Chương trình của quý vị có danh mục thuốc công khai; tuy nhiên, một số loại thuốc theo toa có thể không được đài thọ. Vui lòng tham khảo *Chứng Nhận Bảo Hiểm KPIC* của quý vị để biết danh sách tất cả các giới hạn và trường hợp ngoại lệ. Dù nhà cung cấp của quý vị là ai, quý vị vẫn phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc thuộc MedImpact. Vui lòng gọi MedImpact theo số 800-788-2949 để biết danh sách nhà thuốc tham gia chương trình.
11. Chương trình này áp dụng tiền khấu trừ cho thuốc là \$300 đối với mỗi cá nhân và \$600 đối với gia đình, tính vào chi phí thuốc theo toa và chi phí tự trả tối đa. Mỗi thành viên trong gia đình sẽ bắt đầu thanh toán tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm sau khi đạt đến khoản tiền khấu trừ cho thuốc hoặc khoản chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó (tùy theo quyền lợi) hoặc khi đạt đến khoản tiền khấu trừ của cả gia đình. Từng thành viên trong gia đình không phải trả khoản chia sẻ chi phí khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cá nhân đó hoặc khi đạt đến chi phí tự trả tối đa của cả gia đình.
12. Đặt mua thuốc qua bưu điện: Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày đối với thuốc theo toa đủ tiêu chuẩn với chi phí chỉ bằng lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày.
13. Cả DME cơ bản và bổ sung đều được đài thọ. Tổng giá trị quyền lợi tối đa cho DME bổ sung là \$2,000 mỗi năm, dành cho các dịch vụ từ nhà cung cấp tham gia và nhà cung cấp không tham gia, ngoại trừ vật dụng và thiết bị xét nghiệm tiểu đường.
14. Thiết bị và vật tư cho bệnh nhân tiểu đường được giới hạn ở bộ tiêm truyền và ống tiêm có kim tiêm để tiêm insulin bên ngoài, que thử, lưỡi trích, màng bảo vệ da, khăn lau tẩy keo dính và miếng phim trong suốt. Số tiền đồng bảo hiểm sẽ dựa trên các khoản phí thanh toán thực tế và không phụ thuộc vào giới hạn tối đa của DME là \$2,000 mỗi năm.
15. Dưới 19 tuổi. Một cặp kính mắt, phạm vi lựa chọn giới hạn.
16. Không áp dụng giới hạn đối với dịch vụ vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ tại nhà.

Đây chỉ là bản tóm tắt quyền lợi và có thể thay đổi. [Chứng Từ Bảo Hiểm](#) của Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) và [Chứng Nhận Bảo Hiểm](#) của KPIC có giải thích đầy đủ các quyền lợi, trường hợp loại trừ và giới hạn. Thông tin trong tài liệu này không nhằm mô tả tất cả các quyền lợi trong từng chương trình, cũng không được dùng làm Chứng Từ Bảo Hiểm hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm*.