# Ambetter from Peach State Health Plan
# Standard Silver SELECT Wellstar: 87% AV Level Silver Plan

**Bảo hiểm dành cho: Cá nhân/Gia đình | Loại Chương Trình: HMO**

**Tài liệu Tóm Tắt Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage (SBC)) này sẽ giúp quý vị chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe. Bản SBC này sẽ trình bày cho quý vị biết quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là lệ phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là bản tóm tắt.** Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn hoặc nhận bản sao toàn văn điều khoản phạm vi bảo hiểm, hãy truy cập https://ambetter.pshpgeorgia.com/2024-brochures.html hoặc gọi điện 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ thường gặp, ví dụ như số tiền được phép, lập hóa đơn khoản chênh lệch, đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch dưới khác, hãy tham khảo Bảng Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Thuật Ngữ tại địa chỉ https://www.healthcare.gov/sbc-glossary hoặc gọi điệ 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) để yêu cầu nhận bản sao.

| Câu Hỏi Quan Trọng | Câu Trả Lời | Vì Sao Điều Này Lại Quan Trọng: |
|---|---|---|
| **Tổng mức khấu trừ là bao nhiêu?** | $700 cá nhân / $1,400 gia đình. | Thông thường, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí từ nhà cung cấp cho đến số tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu thanh toán. Nếu có thành viên khác trong gia đình quý vị tham gia chương trình, mỗi thành viên gia đình phải đáp ứng mức khấu trừ của riêng mình cho đến khi tổng chi phí khấu trừ mà tất cả các thành viên gia đình đã trả đáp ứng mức khấu trừ tổng thể của gia đình. |
| **Có dịch vụ được đài thọ trước khi quý vị đạt mức khấu trừ của mình không?** | Có, các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa, chăm sóc ban đầu, bác sĩ chuyên khoa, thăm khám tại văn phòng chăm sóc khẩn cấp và các loại thuốc gốc và thuốc biệt dược ưu tiên sẽ được đài thọ trước khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình ngoại trừ Thuốc Biệt Dược Không Ưu Tiên (Bậc 3) và Thuốc Chuyên Khoa (Bậc 4). | Chương trình này đài thọ một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến mức khấu trừ của mình. Tuy nhiên, có thể sẽ áp dụng khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm. Ví dụ, chương trình này đài thọ một số dịch vụ phòng ngừa mà không chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến mức khấu trừ của mình. Quý vị có thể xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ tại địa chỉ https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **Có khoản khấu trừ nào khác đối với dịch vụ cụ thể không?** | Không. | Quý vị không cần phải đáp ứng khoản khấu trừ đối với một số dịch vụ cụ thể. |
| **Mức giới hạn chi phí tự trả áp dụng cho chương trình này là bao nhiêu?** | Đối với nhà cung cấp trong hệ thống: $3,000 cá nhân / $6,000 gia đình. Không áp dụng đối với nhà cung cấp ngoài hệ thống. | Mức giới hạn chi phí tự trả là giới hạn số tiền cao nhất mà quý vị có thể chi trả trong một năm cho dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này thì họ phải đạt đến các mức giới hạn chi phí tự trả của riêng mình cho đến khi đạt đến tổng mức giới hạn chi phí tự trả của cả gia đình. |

| Câu Hỏi Quan Trọng | Câu Trả Lời | Vì Sao Điều Này Lại Quan Trọng: |
|---|---|---|
| **Những khoản nào không bao gồm trong giới hạn chi phí tự trả?** | Lệ phí bảo hiểm, lệ phí lập hóa đơn khoản chênh lệch, tiền phạt vì không xin sự ủy quyền trước cho dịch vụ và chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không đài thọ. | Ngay cả khi quý vị thanh toán thì các khoản phí tổn này cũng không tính vào giới hạn chi phí tự trả. |
| **Quý vị có chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống không?** | Có. Hãy tham khảo https://ambetter.pshpgeorgia.com/findadoc hoặc gọi điện 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) để lấy danh sách nhà cung cấp trong hệ thống. | Chương trình này sử dụng hệ thống nhà cung cấp. Quý vị sẽ chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp trong hệ thống của chương trình. Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài hệ thống và quý vị có thể nhận được hoá đơn từ nhà cung cấp cho khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà chương trình thanh toán (được gọi là "lập hóa đơn khoản chênh lệch"). Hãy lưu ý rằng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài hệ thống để cung cấp một số dịch vụ (ví dụ như xét nghiệm). Hãy kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị trước khi nhận dịch vụ. |
| **Quý vị có cần giới thiệu để thăm khám với bác sĩ chuyên khoa không?** | Không. | Bạn có thể gặp bác sĩ chuyên khoa mà bạn chọn mà không cần giấy giới thiệu. |

Tất cả các khoản chi phí **khoản đồng thanh toán** và **đồng bảo hiểm** được trình bày trong bảng này đều là sau khi quý vị đã đạt đến mức **khấu trừ** của quý vị, nếu có áp dụng **khấu trừ**.

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả | | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|---|---|---|---|
| | | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) | |
| **Nếu quý vị đến thăm khám tại văn phòng hoặc phòng khám của nhà cung cấp** | Thăm khám chăm sóc ban đầu để điều trị chấn thương hay bệnh tật | $20 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Được Đài Thọ Không Giới Hạn. |
| | Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa | $40 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Được bao trả không giới hạn. |
| | Tiêm chủng/khám sàng lọc/ chăm sóc phòng ngừa | Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Quý vị có thể phải chi trả cho các dịch vụ không phải dịch vụ phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị để biết dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó, hãy kiểm tra xem chương trình của quý vị sẽ thanh toán những gì. |
| **Nếu quý vị được kiểm tra hoặc xét nghiệm** | Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu) | 30% Đồng bảo hiểm đối với các dịch vụ phòng thí nghiệm và chuyên nghiệp<br><br>30% Đồng bảo hiểm đối với chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh<br><br>30% Đồng bảo hiểm đối với các dịch vụ phòng thí nghiệm và chuyên nghiệp và chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh ở các địa điểm khác cung cấp dịch vụ | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. Các địa điểm khác cung cấp dịch vụ có thể bao gồm: Bệnh Viện, Phòng Cấp Cứu hoặc Cơ Sở Bệnh Nhân Ngoại Trú.<br><br>Không xin sự ủy quyền trước cho bất kỳ dịch vụ nào cần sự ủy quyền trước sẽ dẫn đến hậu quả bị từ chối hưởng phúc lợi. |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả | | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|---|---|---|---|
| | | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) | |
| **Nếu quý vị được kiểm tra hoặc xét nghiệm** | Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography (CT))/Chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography (PET)), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging (MRI)) | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| **Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị**<br>Các thông tin khác về **bảo hiểm thuốc kê đơn** có tại. | Thuốc gốc (Bậc 1) | Bán Lẻ Thuốc Gốc Ưu Tiên: $10 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ<br><br>Bán Lẻ Thuốc Gốc: $10 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 90 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Các đơn đặt hàng qua bưu điện có số tiền chia sẻ chi phí gấp 2.5 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. |
| | Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2) | Bán Lẻ: $20 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ | $20 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 90 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Các đơn đặt hàng qua bưu điện có số tiền chia sẻ chi phí gấp 2.5 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. |
| | Thuốc biệt dược không ưu tiên và thuốc gốc không ưu tiên (Bậc 3) | Bán Lẻ: $60 Đồng thanh toán / đơn thuốc | Không được bao trả | |
| | Thuốc chuyên khoa (Bậc 4) | Bán Lẻ: $250 Đồng thanh toán / đơn thuốc | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 30 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. |
| **Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú** | Phí cơ sở vật chất (ví dụ như trung tâm phẫu thuật không lưu trú) | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| | Chăm sóc tại phòng cấp cứu | 30% Đồng bảo hiểm | 30% Đồng bảo hiểm | Được bao trả không giới hạn. |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả | | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|---|---|---|---|
| | | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) | |
| **Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức** | Vận chuyển y tế khẩn cấp | 30% Đồng bảo hiểm | 30% Đồng bảo hiểm | Được bao trả không giới hạn. Lưu ý: Không yêu cầu chấp thuận trước cho vận chuyển cấp cứu, tuy nhiên, tất cả dịch vụ vận chuyển không khẩn cấp yêu cầu phải được chấp thuận trước. Nếu nhận dịch vụ từ nhà cung cấp cứu thương đường thủy/đường bộ ngoài mạng lưới, quý vị có thể phải thanh toán hóa đơn cho chi phí chênh lệch. |
| | Chăm sóc khẩn cấp | $30 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Được bao trả không giới hạn. |
| **Nếu quý vị nằm viện** | Phí cơ sở vật chất (ví dụ như phòng bệnh viện) | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| **Nếu quý vị cần các dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay lạm dụng chất gây nghiện** | Dịch vụ bệnh nhân ngoại trú | Thăm Khám Tại Phòng Mạch: $20 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ;<br>Các Dịch Vụ Ngoại Trú Khác: 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. (Thăm khám tại văn phòng Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) và bác sĩ khác không yêu cầu sự chấp thuận trước). |
| | Dịch vụ bệnh nhân nội trú | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả | | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|---|---|---|---|
| | | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) | |
| **Nếu quý vị mang thai** | Thăm khám tại văn phòng | $20 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Không yêu cầu chấp thuận trước đối với việc giao hàng trong khung thời gian tiêu chuẩn theo quy định của liên bang, nhưng có thể được yêu cầu đối với các dịch vụ khác. Không áp dụng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng ngừa, chẳng hạn như khám sàng lọc trước sinh và sau sinh. Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán. Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được mô tả ở nơi khác trong SBC (ví dụ: Siêu âm). |
| | Dịch vụ chuyên môn về sinh thường/sinh sản | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Không áp dụng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng ngừa. Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ. Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được mô tả ở nơi khác trong SBC (ví dụ: Siêu âm). |
| | Dịch vụ cơ sở vật chất sinh thường/sinh sản | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | |
| **Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác** | Chăm sóc sức khỏe tại nhà | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Giới hạn ở 120 lần khám mỗi năm. |
| | Dịch vụ phục hồi chức năng | Ngoại trú: $20 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ<br>Nội trú: 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Ngoại trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Giới hạn ở tổng số 40 lần khám mỗi năm cho chăm sóc nắn khớp xương, âm ngữ trị liệu, vật lý trị liệu và trị liệu cơ năng. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích.<br>Nội trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả | | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|---|---|---|---|
| | | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) | |
| | Dịch vụ tập luyện chức năng | Ngoại trú: $20 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ<br>Nội trú: 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Ngoại trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Giới hạn ở tổng số 40 lần khám mỗi năm cho chăm sóc nắn khớp xương, âm ngữ trị liệu, vật lý trị liệu và trị liệu cơ năng. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích.<br>Nội trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| | Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Giới hạn ở 60 ngày mỗi năm. |
| | Thiết bị y tế lâu bền | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| | Dịch vụ chăm sóc cuối đời | 30% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| **Nếu con em quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay nhãn khoa** | Khám mắt cho trẻ em | Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Giới hạn ở 1 lần khám mỗi năm. |
| | Mắt kính cho trẻ em | Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả | Giới hạn ở 1 vật phẩm mỗi năm. |
| | Khám nha khoa cho trẻ em | Không được bao trả | Không được bao trả | Không có |

## Dịch Vụ Loại Trừ Và Dịch Vụ Được Đài Thọ Khác:

**Các Dịch Vụ Mà Chương Trình Của Quý Vị Thường KHÔNG Đài Thọ (Hãy xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và xem danh sách bất kỳ dịch vụ được loại trừ nào khác.)**

- Phá thai (ngoại trừ trường hợp bị cưỡng hiếp, loạn luân hoặc khi mạng sống của người mẹ gặp nguy hiểm)
- Châm cứu
- Phẫu thuật chữa trị chứng béo phì
- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc nha khoa (người lớn)
- Chăm sóc nha khoa (Trẻ em)
- Thiết bị trợ thính
- Điều trị vô sinh
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc không cấp cứu khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ
- Y tá phụ trách riêng
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)

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

- Điều trị nắn khớp xương (Giới hạn ở tối đa tổng cộng 40 lần khám mỗi năm để điều trị điều trị nắn khớp xương, âm ngữ trị liệu, vật lý trị liệu và trị liệu cơ năng).
- Chăm sóc chân định kỳ
- Chương trình giảm cân (4 lần khám mỗi năm để tư vấn dinh dưỡng)

**Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm Của Quý Vị:** Có các cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm đó kết thúc. Thông tin liên hệ của các cơ quan đó như sau: Ambetter from Peach State Health Plan theo số 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231); Văn Phòng Ủy Viên Phòng Cháy Chữa Cháy và Bảo Hiểm An Toàn Georgia, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Số Điện Thoại: 1-404-656-2070 hoặc 1-800-656-2298.; Cục Quản Lý Bảo Đảm Phúc Lợi Cho Người Lao Động thuộc Bộ Lao Động theo số 1-866-444-EBSA (3272); hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự của Chương Trình Chung Của Nhiều Tiểu Bang tại https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/. Quý vị cũng có thể có các tùy chọn bảo hiểm khác, bao gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318-2596.

**Đơn Than Phiền và Kháng Cáo của Quý Vị:** Có nhiều cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị có khiếu nại về chương trình của quý vị vì bị từ chối yêu cầu thanh toán. Khiếu nại này được gọi là đơn than phiền hoặc kháng cáo. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích phúc lợi mà quý vị sẽ nhận được liên quan đến yêu cầu thanh toán y tế đó. Tài liệu về chương trình của quý vị cũng cung cấp đầy đủ thông tin về cách nộp yêu cầu thanh toán, đơn than phiền hoặc kháng cáo vì bất cứ lý do gì cho chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, thông báo này hay để được trợ giúp, hãy liên hệ với: Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Phone No. 1-404-656-2070 or 1-800-656-2298.

**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 sức khỏe được cung cấp thông qua Thị Trường hoặc các loại bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số loại bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu nhất định thì quý vị có thể không đủ điều kiện hưởng tín dụng thuế cho phí bảo hiểm.

**Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không?** **Không áp dụng**.
Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu thì quý vị có thể đủ điều kiện hưởng tín dụng thuế cho phí bảo hiểm để giúp quý vị chi trả cho chương trình thông qua Thị Trường.

**Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:**
Tiếng Tây Ban Nha (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Tiếng Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Tiếng Trung (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Tiếng Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

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

## Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:

**Đây không phải là một công thức ước tính chi phí.** Các biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách thức chương trình này có thể đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác, tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá do nhà cung cấp tính và nhiều yếu tố khác. Hãy tập trung vào các khoản chia sẻ chi phí (khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm) và dịch vụ được loại trừ thuộc khuôn khổ chương trình. Hãy dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các chương trình bảo hiểm sức khoẻ khác nhau. Xin lưu ý rằng các ví dụ về bảo hiểm này căn cứ theo mức bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

### Peg Sắp Có Con
(9 tháng chăm sóc tiền sản trong hệ thống và sinh con tại bệnh viện)

- **Tổng khoản khấu trừ của chương trình** **$700**
- **Bác Sĩ Chuyên Khoa copayment** **$40**
- **Bệnh viện (cơ sở vật chất) coinsurance** **30%**
- **Khoản đồng bảo hiểm khác** **30%**

**Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:**
Thăm khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa *(chăm sóc tiền sản)*
Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Thường/Sinh Sản
Dịch Vụ Cơ Sở Vật Chất Sinh Thường/Sinh Sản
Kiểm tra chẩn đoán *(siêu âm và xét nghiệm máu)*
Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa *(gây mê/gây tê)*

| **Tổng Chi Phí Mẫu** | **$12,700** |
|---|---|

**Trong ví dụ này, Peg sẽ chi trả:**

| *Chia Sẻ Chi Phí* | |
|---|---|
| Khoản khấu trừ | $700 |
| Khoản đồng thanh toán | $20 |
| Khoản đồng bảo hiểm | $2,300 |
| *Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm* | |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ | $60 |
| **Tổng số tiền Peg sẽ trả là** | **$3,060** |

### Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Tuýp 2 của Joe
(một năm chăm sóc thường kỳ trong hệ thống cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- **Tổng khoản khấu trừ của chương trình** **$700**
- **Bác Sĩ Chuyên Khoa copayment** **$40**
- **Bệnh viện (cơ sở vật chất) coinsurance** **30%**
- **Khoản đồng bảo hiểm khác** **30%**

**Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:**
Thăm khám tại văn phòng bác sĩ chăm sóc ban đầu *(kể cả hướng dẫn về bệnh)*
Kiểm tra chẩn đoán *(xét nghiệm máu)*
Thuốc kê đơn
Thiết bị y tế lâu bền *(máy đo đường huyết)*

| **Tổng Chi Phí Mẫu** | **$5,600** |
|---|---|

**Trong ví dụ này, Joe sẽ chi trả:**

| *Chia Sẻ Chi Phí* | |
|---|---|
| Khoản khấu trừ | $700 |
| Khoản đồng thanh toán | $600 |
| Khoản đồng bảo hiểm | $60 |
| *Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm* | |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ | $20 |
| **Tổng số tiền Joe sẽ trả là** | **$1,380** |

### Tình Trạng Gãy Xương Kín của Mia
(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong hệ thống)

- **Tổng khoản khấu trừ của chương trình** **$700**
- **Bác Sĩ Chuyên Khoa copayment** **$40**
- **Bệnh viện (cơ sở vật chất) coinsurance** **30%**
- **Khoản đồng bảo hiểm khác** **30%**

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

| **Tổng Chi Phí Mẫu** | **$2,800** |
|---|---|

**Trong ví dụ này, Mia sẽ chi trả:**

| *Chia Sẻ Chi Phí* | |
|---|---|
| Khoản khấu trừ | $700 |
| Khoản đồng thanh toán | $200 |
| Khoản đồng bảo hiểm | $400 |
| *Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm* | |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ | $0 |
| **Tổng số tiền Mia sẽ trả là** | **$1,300** |

| | |
|---|---|
| **English:** | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Peach State Health Plan, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Spanish:** | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Peach State Health Plan y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Vietnamese:** | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Peach State Health Plan và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Korean:** | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Peach State Health Plan에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1180(TTY 1-877-941-9231)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오. |
| **Chinese:** | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Peach State Health Plan 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231)。 |
| **Gujarati:** | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from Peach State Health Plan વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો. |
| **French:** | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Peach State Health Plan et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Amharic:** | እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ስለ Ambetter from Peach State Health Plan ጥያቄ ካለዎት እና እንግሊዝኛ ብቁ ካልሆኑ፣ ያለምንም ወጪ እና በጊዜው በቋንቋዎ እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አልዎት። እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ግንኙነትን የሚያደናቅፍ የመስማት እና/ወይም የእይታ ችግር ካልዎት፣ አጋዥ እርዳታዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የመቀበል መብት አልዎት። የትርጉም ወይም ረዳት አገልግሎቶችን ለማግኘት እባክዎ በ 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) የአባል አገልግሎቶች ን ያናግሩ። |
| **Hindi:** | अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from Peach State Health Plan से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ़्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें. |
| **French Creole:** | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from Peach State Health Plan, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo |

[[hios]]-2024

*Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số được liệt kê trên thẻ nhận dạng thành viên để xác định xem có cần chấp thuận trước không. **Lưu ý:** Phần chi phí cho các dịch vụ được bao trả được căn cứ theo nơi phục vụ. Dịch vụ Chăm Sóc Trực Tuyến Và Y Tế Từ Xa nhận được bởi nhà cung cấp không phải là nhà cung cấp dịch vụ y tế từ xa được chỉ định của quý vị sẽ phát sinh phần chi phí tương tự như khám trực tiếp.

| | |
|---|---|
| | nan 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Russian:** | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Peach State Health Plan, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Arabic:** | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Peach State Health Plan، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعده تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بـ خدمات الأعضاء على 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Portuguese:** | Se tiver dúvidas acerca da Ambetter from Peach State Health Plan, ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca desta, e não dominar o inglês, tem o direito de obter ajuda e informações no seu idioma sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem o direito de receber equipamentos ou serviços de assistência sem qualquer custo e de forma atempada. Para receber traduções ou serviços de assistência, contacte serviços de membro através do número 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Persian:** | اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید، سؤالی درباره Ambetter from Peach State Health Plan دارید، و انگلیسی نمی‌دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می‌کند، حق دارید کمک‌ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک‌ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) تماس بگیرید. |
| **German:** | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Peach State Health Plan hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| **Japanese:** | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Peach State Health Planについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231)のメンバーサービスにご連絡ください。 |

AMB23-GA-C-00057

[[hios]]-2024

*Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số được liệt kê trên thẻ nhận dạng thành viên để xác định xem có cần chấp thuận trước không. **Lưu ý:** Phần chi phí cho các dịch vụ được bao trả được căn cứ theo nơi phục vụ. Dịch vụ Chăm Sóc Trực Tuyến Và Y Tế Từ Xa nhận được bởi nhà cung cấp không phải là nhà cung cấp dịch vụ y tế từ xa được chỉ định của quý vị sẽ phát sinh phần chi phí tương tự như khám trực tiếp.

## Tuyên bố không phân biệt đối xử

Ambetter từ Peach State Health Plan được Ambetter of Peach State Inc. bảo lãnh, là đơn vị cấp Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện cho Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế Georgia. Ambetter of Peach State Inc. tuân thủ luật pháp hiện hành của Liên bang về dân quyền và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia (bao gồm ngôn ngữ chính và trình độ tiếng Anh hạn chế), tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm mang thai, xu hướng tính dục, bản dạng giới hoặc đặc điểm giới tính). Đây là lời chào bán bảo hiểm. © 2023 Ambetter of Peach State Inc.
Bảo lưu mọi quyền. Ambetter.pshpgeorgia.com

Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Peach State Health Plan và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền xin trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình mà không mất phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang trợ giúp, có tình trạng thính giác và/hoặc thị giác cản trở giao tiếp, quý vị có quyền xin hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ
dịch thuật hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1180
(TTY 1-877-941-9231). Nếu quý vị tin rằng Ambetter of Peach State Inc. không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo hình thức khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia (bao gồm ngôn ngữ chính và trình độ tiếng Anh hạn chế), tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm mang thai, xu hướng tính dục, bản dạng giới hoặc đặc điểm giới tính), vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên
theo số 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). Quý vị cũng có thể khiếu nại qua điện thoại theo số
1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). Để biết thông tin về việc nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trực tiếp với Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Phòng Dân Quyền, vui lòng truy cập https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf.

## Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Peach State Health Plan is underwritten by Ambetter of Peach State Inc., which is a Qualified Health Plan issuer in the Georgia Health Insurance Marketplace. Ambetter of Peach State Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, or sex characteristics). This is a solicitation for insurance. © 2023 Ambetter of Peach State Inc.
All rights reserved. Ambetter.pshpgeorgia.com
If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Peach State Health Plan, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). If you believe that Ambetter of Peach State Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, or sex characteristics), please contact Member Services at 1-877-687-1180
(TTY 1-877-941-9231). You may also submit a grievance by phone to 1-877-687-1180
(TTY 1-877-941-9231). For information on filing a discrimination complaint directly with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, please visit https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf.

AMB23-GA-C-00056

[[hios]]-2024
*Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số được liệt kê trên thẻ nhận dạng thành viên để xác định xem có cần chấp thuận trước không. **Lưu ý:** Phần chi phí cho các dịch vụ được bao trả được căn cứ theo nơi phục vụ. Dịch vụ Chăm Sóc Trực Tuyến Và Y Tế Từ Xa nhận được bởi nhà cung cấp không phải là nhà cung cấp dịch vụ y tế từ xa được chỉ định của quý vị sẽ phát sinh phần chi phí tương tự như khám trực tiếp.