

PLATINUM 90 PPO 0/15 + CHILD DENTAL

ĐẶC ĐIỂM	Mức khi chọn Nhà Cung Cấp Tham Gia (trong hệ thống)¹	Mức khi chọn Nhà Cung Cấp Không Tham Gia (ngoài hệ thống)¹
TIỀN KHẤU TRỪ CHO CHƯƠNG TRÌNH Cố định	\$0	Cá nhân — \$500 ² Gia đình — \$1,000 ²
CHI PHÍ TỰ TRẢ TỐI ĐA Cố định	Cá nhân — \$4,500 ³ Gia đình — \$9,000 ³	Cá nhân — \$9,000 ^{2,3} Gia đình — \$18,000 ^{2,3}
TẠI VĂN PHÒNG Y TẾ		
Thăm khám tại phòng khám chăm sóc chính	\$15	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Thăm khám chăm sóc khẩn cấp	\$15	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Thăm khám tại phòng khám chuyên khoa	\$30	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Khám phòng ngừa, tiêm vắc-xin (chủng ngừa)	\$0 ⁴	30% ⁴
Chăm sóc tiền sản	\$0 ^{5,6,7}	30% ^{5,6,7}
Chăm sóc hậu sản	\$0 ⁵	30% ⁵
Khám chăm sóc phòng ngừa dành cho trẻ em khỏe mạnh	\$0	30%
Tiêm thuốc điều trị dị ứng	10% mỗi lần khám	30% mỗi lần khám (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Dịch vụ điều trị vô sinh	50% ⁸	Không được đài thọ
Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và âm ngữ trị liệu	\$15	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	\$15	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Hầu hết các loại chụp X-quang và xét nghiệm chẩn đoán	\$30	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Hầu hết các dạng chụp MRI/CT/PET	10%	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Giải phẫu dành cho bệnh nhân ngoại trú (mỗi thủ thuật)	10%	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ CẤP CỨU		
Khám tại Phòng Cấp Cứu (được miễn nếu nhập viện)	\$200	\$200
Xe cứu thương	\$150	\$150
THUỐC THEO TOA		
Thuốc gốc (số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày)		\$10 ^{9,10}
Biệt dược (số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày)		\$25 ^{9,10}
Thuốc chuyên khoa (số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày)		10%/toa thuốc, tối đa \$250 ¹⁰
CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN		
Dịch vụ của bác sĩ, phòng nằm và thức ăn, xét nghiệm, thuốc men, vật dụng y tế, liệu pháp, dịch vụ sinh sản	10%	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (tối đa 100 ngày mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi)	10%	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ SỨC KHỎE TÂM THẦN		
Tại văn phòng y tế	\$15	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Tại bệnh viện	10%	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
DỊCH VỤ CẢI NGHIỆN		
Tại văn phòng y tế	\$15	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Tại bệnh viện (chỉ cải thiện)	10%	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
KHÁC		
Khám tử xa	\$0	\$0
Chỉnh nắn xương và chăm cứu	\$15 mỗi lần khám (chỉ dịch vụ chăm cứu)	30% mỗi lần khám (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) (chỉ dịch vụ chăm cứu)
Một số dụng cụ y khoa lâu bền (durable medical equipment [DME]) (Bổ sung và cơ bản)	10% ^{11,12}	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ^{11,12}
Một số bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình	10%	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc nhãn khoa cho trẻ em (kính mắt)	1 cặp kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm ¹³	10% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ¹³
Khám thị lực cho trẻ em	\$0	\$0 (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)
Chăm sóc nhãn khoa cho người lớn (mắt kính)	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 khám mỗi năm)	10% ¹⁴	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình) ¹⁴
Chăm sóc giai đoạn cuối đời	\$0	30% (sau khi trả tiền khấu trừ của chương trình)

(tiếp theo)

- ¹Các 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 hơn: các khoản phí thông thường, thường lệ và hợp lý; hoặc tỷ lệ thỏa thuận; hoặc các khoản phí thanh toán thực tế. Mức phí tối đa cho phép cho thể thấp hơn khoản do nhà cung cấp thanh toán thực tế. Những người được bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán cho bất kỳ khoản nào vượt quá mức phí tối đa cho phép đối với một dịch vụ được đài thọ.
- ²Chương trình này có một khoản chi phí tự trả và tiền khấu trừ tối đa 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. Các 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.
- ³Các khoản phí được đài thọ phát sinh nhằm đáp ứng mức chi phí tự trả tối đa dành cho nhà cung cấp không tham gia chương trình sẽ không tích lũy nhằm đáp ứng mức chi phí tự trả tối đa dành cho nhà cung cấp có tham gia chương trình. Tương tự như vậy, các khoản phí được đài thọ phát sinh nhằm thỏa mãn chi phí tự trả tối đa ở mức dành cho nhà cung cấp tham gia sẽ không tích lũy để thỏa mãn chi phí tự trả tối đa ở mức dành cho nhà cung cấp không tham gia. Để hiểu đầy đủ về chi phí tự trả tối đa, vui lòng tham khảo *Chứng Nhận Bảo Hiểm* của quý vị.
- ⁴Các xét nghiệm phòng ngừa, chụp X-quang và chủng ngừa được đài thọ như một phần của dịch vụ khám phòng ngừa.
- ⁵Khám chăm sóc tiền sản theo lịch trình và khám hậu sản lần đầu.
- ⁶Khám tại phòng khám để chăm sóc tiền sản định kỳ được đài thọ theo yêu cầu của Đạo Luật Chăm Sóc Hợp Tái Tiến (ACA). Quy trình chăm sóc này bao gồm lịch sử ban đầu và các lần tiếp theo, khám thể chất, ghi lại cân nặng, huyết áp, nhịp tim thai và phân tích nước tiểu thông thường.
- ⁷Dịch 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* KPIC của quý vị.
- ⁸Các quyền lợi được chi trả khi điều trị vô sinh có hạn mức là \$1,000 mỗi năm đối với các dịch vụ do nhà cung cấp có tham gia chương trình cung cấp. Vô sinh bao gồm cả GIFT. Thụ tinh trong ống nghiệm không được đài thọ. Các quyền lợi chi trả cho chẩn đoán vô sinh sẽ được đài thọ trên cùng cơ sở với các bệnh khác.
- ⁹Người được bảo hiểm có trách nhiệm chi trả cho khoản đóng thanh toán của biệt dược cộng với phần chênh lệch về chi phí giữa thuốc gốc và biệt dược khi người được bảo hiểm yêu cầu thuốc biệt dược trong khi có sẵn thuốc gốc.
- ¹⁰Chương trình của quý vị có danh mục thuốc mở; tuy nhiên, một số 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 giới hạn và trường hợp ngoại lệ đầy đủ. Dù nhà cung cấp của quý vị là ai, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc MedImpact. Vui lòng gọi MedImpact theo số **800-788-2949** để biết danh sách nhà thuốc có tham gia chương trình.
- ¹¹Cả 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.
- ¹²Thiết bị và vật tư cho bệnh nhân tiểu đường được giới hạn ở bộ tiêm truyền và ống tiêm có kim tiêm để bơm insulin bên ngoài, que thử, lưới trích, màng bảo vệ da, khăn lau dính và màng trong suốt. Số tiền đồng bảo hiểm dựa trên các khoản phí thanh toán thực tế và không thuộc giới hạn tối đa hàng năm của DME là \$2,000 mỗi năm.
- ¹³Dưới 19 tuổi. 1 cặp kính mắt, phạm vi lựa chọn giới hạn.
- ¹⁴Giới hạn không áp dụng cho khám vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ tại nhà.

Đây là bản tóm tắt quyền lợi và có thể thay đổi. *Chứng Từ Bảo Hiểm* của 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* hoặc *Chứng Nhận Bảo Hiểm*.