

# Các chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield

Tóm tắt quyền lợi và quy định

Các chương trình quyền lợi A, F Bổ sung, G, G Bổ sung và N

Có hiệu lực từ 01/07/2024

[blueshieldca.com/medicaresupplement](https://blueshieldca.com/medicaresupplement)





# Các chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield of California

Vui lòng dành vài phút để đọc các thông tin trong cuốn sách này.

Bảng quyền lợi của các chương trình Bổ trợ Medicare .....2

## **Bảng so sánh năm chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield**

Chương trình A.....5

Chương trình F Bổ sung.....8

Chương trình G .....15

Chương trình G Bổ sung ..... 18

Chương trình N.....24

Đăng ký chương trình của chúng tôi.....28

Điều kiện bảo hiểm .....32

Các loại trừ và giới hạn chính đối với quyền lợi .....34

# Bảng quyền lợi của các chương trình Bỗ trợ Medicare được bán bắt đầu từ ngày 1 tháng 7 năm 2024

Bảng này trình bày các quyền lợi được bao gồm trong từng chương trình Bỗ trợ Medicare tiêu chuẩn. Mọi công ty bảo hiểm phải cung cấp Chương trình A. Một số chương trình có thể không được cung cấp. Blue Shield cung cấp các chương trình A, F Bỗ sung, G, G Bỗ sung, và N, là các cột màu xám trong bảng bên dưới.

Quyền lợi	Các Chương trình Dành cho Tất cả Người Đăng ký				
	A	B	D	G <sup>1</sup>	G Bỗ sung
Đồng bảo hiểm Medicare Phần A và đài thọ cho bệnh viện (lên tới 365 ngày bổ sung sau khi sử dụng hết quyền lợi Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓
Đồng bảo hiểm hay Đồng thanh toán Medicare Phần B	✓	✓	✓	✓	✓
Máu (3 panh đầu tiên)	✓	✓	✓	✓	✓
Đồng bảo hiểm hay đồng thanh toán dịch vụ chăm sóc cuối đời Phần A	✓	✓	✓	✓	✓
Đồng bảo hiểm cơ sở điều dưỡng lành nghề			✓	✓	✓
Khấu trừ Medicare Phần A		✓	✓	✓	✓
Khấu trừ Medicare Phần B					
Phí vượt định mức Medicare Phần B				✓	✓
Trường hợp cấp cứu khi ra nước ngoài (lên tới giới hạn của chương trình)			✓	✓	✓
Chương trình thẻ đục	✓		✓	✓	✓
Dịch vụ trợ thính					✓
Dịch vụ nhãn khoa					✓
Dịch vụ chăm cứu và trị liệu cột sống					✓
Hệ thống Phản ứng Khẩn cấp Cá nhân (PERS, Personal Emergency Response System)					
Teladoc					✓
Các loại vật dụng mua không cần kê đơn					✓
Hạn mức tự trả trong năm 2024 <sup>2</sup>					

- 1 Các Chương trình F và G cũng có lựa chọn khấu trừ cao yêu cầu trước hết phải thanh toán khoản khấu trừ của chương trình là \$2,800 trước khi chương trình bắt đầu chi trả. Sau khi đáp ứng khoản khấu trừ chương trình, chương trình trả 100% cho các dịch vụ được đài thọ trong phần còn lại của năm dương lịch. Chương trình G với mức khấu trừ cao không đài thọ khoản khấu trừ Medicare Phần B. Tuy nhiên, các chương trình có mức khấu trừ cao F và G tính số tiền quý vị thanh toán khoản khấu trừ Medicare Phần B vào khoản đáp ứng khấu trừ của chương trình.
- 2 Các Chương trình K và L chi trả 100% cho các dịch vụ được đài thọ trong phần còn lại của năm dương lịch sau khi quý vị đáp ứng hạn mức tự trả hàng năm.
- 3 Chương trình N chi trả 100% khoản đồng bảo hiểm Phần B, ngoại trừ khoản đồng thanh toán lên tới \$20 đối với một số lần khám tại văn phòng và lên tới \$50 đồng thanh toán đối với các lần khám tại phòng cấp cứu không dẫn đến nhập viện nội trú.

## Quyền lợi cơ bản

### Nhập viện

- Đồng bảo hiểm Phần A cộng với bảo hiểm cho thêm 365 ngày sau khi các quyền lợi Medicare kết thúc.

### Máu

- Ba panh máu đầu tiên mỗi năm.

## Chi phí y tế

- Đồng bảo hiểm Phần B (thường là 20% chi phí được Medicare phê duyệt) hoặc các khoản đồng thanh toán cho dịch vụ ngoại trú của bệnh viện. Chương trình K, L và N yêu cầu người được bảo hiểm phải thanh toán một phần của đồng bảo hiểm Phần B hoặc các khoản đồng thanh toán.

## Chăm sóc cuối đời

- Đồng bảo hiểm Phần A.

Các Chương trình Dành cho Tất cả Người Đăng ký				Chỉ dành cho lần đầu đủ điều kiện Medicare trước 2020 <sup>4</sup>		
K	L	M	N	C	F <sup>1</sup>	F Bổ sung
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
50%	75%	✓	✓ áp dụng các khoản đồng thanh toán <sup>3</sup>	✓	✓	✓
50%	75%	✓	✓	✓	✓	✓
50%	75%	✓	✓	✓	✓	✓
50%	75%	✓	✓	✓	✓	✓
50%	75%	50%	✓	✓	✓	✓
				✓	✓	✓
					✓	✓
				✓	✓	✓
				✓	✓	✓
						✓
						✓
						✓
						✓
						✓
						✓
						✓
						✓
						✓
						✓
						✓
\$7,060 <sup>2</sup>	\$3,530 <sup>2</sup>					

4 Chương trình F Bổ sung chỉ dành cho những người nộp đơn đủ 65 tuổi trước ngày 1 tháng 1 năm 2020, hoặc lần đầu tiên đủ điều kiện nhận phúc lợi Medicare do khuyết tật trước ngày 1 tháng 1 năm 2020.

# THÔNG BÁO

Sử dụng bản tóm tắt này để so sánh các quyền lợi và chi phí giữa các đơn bảo hiểm.

## THÔNG TIN VỀ KHOẢN PHÍ TRẢ TRƯỚC HOẶC ĐỊNH KỲ

Blue Shield chỉ có thể tăng phí của quý vị nếu họ tăng phí cho tất cả các hợp đồng giống như của quý vị trong tiểu bang. Tiền phí của quý vị sẽ tự động tăng hàng năm vào ngày 1 tháng 7 và số tiền đến hạn thanh toán sẽ dựa trên tuổi của quý vị vào ngày đó.

Nếu quý vị nộp đơn đăng ký hơn 60 ngày trước ngày có hiệu lực, các mức giá liệt kê tại đây có thể thay đổi.

## ĐỌC KỸ ĐƠN BẢO HIỂM CỦA QUÝ VỊ

Đây chỉ là phần tóm tắt lại những điểm quan trọng nhất của hợp đồng chương trình Bồi trợ Medicare của quý vị. Đây không phải là hợp đồng của chương trình, và chỉ những điều khoản của hợp đồng thực tế mới có hiệu lực. Quý vị phải đọc hợp đồng để nắm được tất cả các quyền và nghĩa vụ của cả quý vị và Blue Shield of California.

## QUYỀN TRẢ LẠI ĐƠN BẢO HIỂM

Nếu quý vị không hài lòng với hợp đồng của mình, quý vị có thể gửi trả về địa chỉ **Blue Shield of California, 601 12th St, Oakland, CA 94607**. Nếu quý vị gửi trả hợp đồng trong vòng 30 ngày kể từ khi quý vị nhận được, chúng tôi sẽ coi như hợp đồng này chưa hề tồn tại và sẽ hoàn trả lại toàn bộ các khoản tiền mà quý vị đã nộp.

## THAY THẾ ĐƠN BẢO HIỂM

Nếu quý vị thay thế bảo hiểm sức khỏe khác, vui lòng **KHÔNG** hủy nó cho đến khi quý vị thực sự nhận được hợp đồng mới của mình và chắc chắn rằng quý vị muốn giữ hợp đồng mới.

## THÔNG BÁO

Hợp đồng này có thể sẽ không bao trả hoàn toàn cho mọi chi phí y tế của quý vị. Blue Shield of California và các đại lý đều không có liên kết với Medicare.

Phần tóm tắt bảo hiểm này không cung cấp toàn bộ thông tin chi tiết về bảo hiểm Medicare. Vui lòng liên hệ văn phòng An Sinh Xã Hội hoặc tham khảo “Sổ tay Medicare” để biết thêm thông tin và các giới hạn áp dụng cho Medicare.

## CÂU TRẢ LỜI ĐẦY ĐỦ RẤT QUAN TRỌNG

Khi quý vị điền đơn đăng ký hợp đồng mới, hãy chắc chắn rằng quý vị trả lời chính xác và đầy đủ tất cả các câu hỏi về tiền sử sức khỏe và y tế của quý vị. Công ty có quyền hủy hợp đồng của quý vị và từ chối chi trả mọi yêu cầu bồi thường nếu quý vị bỏ trống hoặc làm giả các thông tin y tế quan trọng.

Quý vị vui lòng kiểm tra kỹ đơn đăng ký trước khi ký tên. Hãy chắc chắn rằng tất cả các thông tin đã được ghi lại chính xác.

# CHƯƠNG TRÌNH A

## MEDICARE (PHẦN A)

### DỊCH VỤ BỆNH VIỆN – TRÊN MỖI THỜI KỲ THỤ HƯỞNG

\* Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày đầu tiên quý vị nhận được dịch vụ với tư cách bệnh nhân nội trú trong một bệnh viện và kết thúc sau khi quý vị xuất viện và chưa được chăm sóc chuyên nghiệp tại bất kỳ cơ sở nào khác trong 60 ngày liên tục.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>NHẬP VIỆN*</b> - Phòng hai bệnh nhân và các bữa ăn, y tá điều dưỡng chung, cùng các dịch vụ và dụng cụ khác			
60 ngày đầu	Tất cả, ngoại trừ \$1,632	\$0	\$1,632 (khấu trừ Phần A)
Ngày 61 đến ngày 90	Tất cả, ngoại trừ \$408 một ngày	\$408 một ngày	\$0
Ngày 91 trở đi: Khi đang sử dụng 60 ngày dự phòng cả đời	Tất cả, ngoại trừ \$816 một ngày	\$816 một ngày	\$0
Khi số ngày dự phòng cả đời đã dùng hết: • 365 ngày bổ sung	\$0	100% chi phí hợp lệ Medicare	\$0**
• Ngoài 365 ngày bổ sung	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>CHĂM SÓC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG LÀNH NGHỀ*</b> - Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare, bao gồm đã điều trị tại một bệnh viện trong ít nhất 3 ngày và đã vào cơ sở được Medicare phê duyệt trong vòng 30 ngày sau khi rời bệnh viện.			
20 ngày đầu	Tất cả số tiền được phê duyệt	\$0	\$0
Ngày 21 đến ngày 100	Tất cả, ngoại trừ \$204 một ngày	\$0	Tối đa \$204 một ngày
Ngày 101 trở đi	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	3 panh	\$0
Lượng bổ sung	100%	\$0	\$0
<b>CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI</b>			
Quý vị phải đáp ứng được các yêu cầu của Medicare, bao gồm chứng nhận của bác sĩ về bệnh giai đoạn cuối.	Tất cả, ngoại trừ khoản đồng thanh toán/ đồng bảo hiểm rất hạn chế cho các thuốc ngoại trú và chăm sóc ngắn hạn nội trú	Đồng thanh toán/ đồng bảo hiểm của Medicare	\$0

\*\* CHÚ Ý: Khi quý vị hết quyền lợi bệnh viện của Medicare Phần A, công ty bảo hiểm sẽ thay thế Medicare chi trả mọi khoản tiền mà Medicare cần chi trả thêm tối đa 365 ngày như quy định trong "Quyền lợi Cốt lõi" của đơn bảo hiểm. Trong thời gian này, bệnh viện không được ghi hóa đơn cho quý vị đối với bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền tính trên hóa đơn và số tiền Medicare chi trả.

# CHƯƠNG TRÌNH A

## MEDICARE (PHẦN B)

### DỊCH VỤ Y TẾ – CHO MỖI NĂM DƯƠNG LỊCH

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>CHI PHÍ Y TẾ - TRONG HOẶC NGOÀI BỆNH VIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ</b> , ví dụ: dịch vụ của bác sĩ, các dịch vụ và đồ dùng y tế và phẫu thuật nội trú và ngoại trú, liệu pháp ngôn ngữ và vật lý, xét nghiệm chẩn đoán, thiết bị y tế bền lâu.			
Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	Thường là 80%	Thường là 20%	\$0
Các chi phí vượt Phần B (trên các khoản tiền được Medicare phê duyệt)	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	Tất cả chi phí	\$0
\$240 tiếp theo của các khoản tiền được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0
<b>DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM LÂM SÀNG - KIỂM TRA CHO DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN</b>			
	100%	\$0	\$0



# CHƯƠNG TRÌNH A

## PHẦN A & B

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ ĐƯỢC MEDICARE PHÊ DUYỆT</b>			
Dụng cụ y tế và dịch vụ chăm sóc lành nghề cần thiết về mặt y tế	100%	\$0	\$0
Thiết bị y tế bền lâu Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0

## CÁC QUYỀN LỢI KHÁC – KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI MEDICARE

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>TIẾP CẬN PHÒNG TẬP THỂ DỤC CƠ BẢN THÔNG QUA SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM</b>			
	\$0	100%	\$0

# CHƯƠNG TRÌNH F BỔ SUNG

## MEDICARE (PHẦN A)

### DỊCH VỤ BỆNH VIỆN – TRÊN MỖI THỜI KỲ THỤ HƯỞNG

\* Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày đầu tiên quý vị nhận được dịch vụ với tư cách bệnh nhân nội trú trong một bệnh viện và kết thúc sau khi quý vị xuất viện và chưa được chăm sóc chuyên nghiệp tại bất kỳ cơ sở nào khác trong 60 ngày liên tục.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>NHẬP VIỆN*</b> - Phòng hai bệnh nhân và các bữa ăn, y tá điều dưỡng chung, cùng các dịch vụ và dụng cụ khác			
60 ngày đầu	Tất cả, ngoại trừ \$1,632	\$1,632 (khấu trừ Phần A)	\$0
Ngày 61 đến ngày 90	Tất cả, ngoại trừ \$408 một ngày	\$408 một ngày	\$0
Ngày 91 trở đi: Khi đang sử dụng 60 ngày dự phòng cả đời	Tất cả, ngoại trừ \$816 một ngày	\$816 một ngày	\$0
Khi số ngày dự phòng cả đời đã dùng hết: • 365 ngày bổ sung	\$0	100% chi phí hợp lệ Medicare	\$0**
• Ngoài 365 ngày bổ sung	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>CHĂM SÓC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG LÀNH NGHỀ*</b> - Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare, bao gồm đã điều trị tại một bệnh viện trong ít nhất 3 ngày và đã vào cơ sở được Medicare phê duyệt trong vòng 30 ngày sau khi rời bệnh viện.			
20 ngày đầu	Tất cả số tiền được phê duyệt	\$0	\$0
Ngày 21 đến ngày 100	Tất cả, ngoại trừ \$204 một ngày	Tối đa \$204 một ngày	\$0
Ngày 101 trở đi	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	3 panh	\$0
Lượng bổ sung	100%	\$0	\$0
<b>CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI</b>			
Quý vị phải đáp ứng được các yêu cầu của Medicare, bao gồm chứng nhận của bác sĩ về bệnh giai đoạn cuối.	Tất cả, ngoại trừ khoản đồng thanh toán/ đồng bảo hiểm rất hạn chế cho các thuốc ngoại trú và chăm sóc ngắn hạn nội trú	Đồng thanh toán/ Đồng bảo hiểm của Medicare	\$0

\*\* CHÚ Ý: Khi quý vị hết quyền lợi bệnh viện của Medicare Phần A, công ty bảo hiểm sẽ thay thế Medicare chi trả mọi khoản tiền mà Medicare cần chi trả thêm tối đa 365 ngày như quy định trong “Quyền lợi Cốt lõi” của đơn bảo hiểm. Trong thời gian này, bệnh viện không được ghi hóa đơn cho quý vị đối với bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền tính trên hóa đơn và số tiền Medicare chi trả.

# CHƯƠNG TRÌNH F BỔ SUNG

## MEDICARE (PHẦN B)

### DỊCH VỤ Y TẾ – CHO MỖI NĂM DƯƠNG LỊCH

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>CHI PHÍ Y TẾ - TRONG HOẶC NGOÀI BỆNH VIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ</b> , ví dụ: dịch vụ của bác sĩ, các dịch vụ và đồ dùng y tế và phẫu thuật nội trú và ngoại trú, liệu pháp ngôn ngữ và vật lý, xét nghiệm chẩn đoán, thiết bị y tế bền lâu.			
Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)	\$0
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	Thường là 80%	Thường là 20%	\$0
Các chi phí vượt Phần B (trên các khoản tiền được Medicare phê duyệt)	\$0	100%	\$0
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	Tất cả chi phí	\$0
\$240 tiếp theo của các khoản tiền được Medicare phê duyệt*	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)	\$0
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0
<b>DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM LÂM SÀNG - KIỂM TRA CHO DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN</b>			
	100%	\$0	\$0

# CHƯƠNG TRÌNH F BỔ SUNG

## PHẦN A & B

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ ĐƯỢC MEDICARE PHÊ DUYỆT</b>			
Dụng cụ y tế và dịch vụ chăm sóc lành nghề cần thiết về mặt y tế	100%	\$0	\$0
Thiết bị y tế bền lâu Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)	\$0
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0

## CÁC QUYỀN LỢI KHÁC – KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI MEDICARE

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>RA NƯỚC NGOÀI - KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM BỞI MEDICARE</b> Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết về mặt y tế trong vòng 60 ngày đầu mỗi chuyến đi ra ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ.			
\$250 đầu tiên mỗi năm dương lịch	\$0	\$0	\$250
Phần còn lại của chi phí	\$0	80% tới mức quyền lợi tối đa cả đời là \$50,000	20% và các khoản tiền trên tối đa cả đời \$50,000
<b>TIẾP CẬN PHÒNG TẬP THỂ DỤC CƠ BẢN THÔNG QUA SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM</b>			
	\$0	100%	\$0
<b>PERSONAL EMERGENCY RESPONSE SYSTEM (PERS) - Các quyền lợi PERS của quý vị được cung cấp bởi Lifestation.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Một hệ thống phản ứng khẩn cấp cá nhân</li> <li>Lựa chọn hệ thống trong nhà hoặc thiết bị di động có GPS/WiFi và phát hiện té ngã</li> <li>Giám sát hàng tháng</li> <li>Sạc và dây nguồn cần thiết</li> </ul>	\$0	100%	\$0

# CHƯƠNG TRÌNH F BỔ SUNG

Các quyền lợi khác – không được chi trả bởi Medicare (tiếp)

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<p><b>DỊCH VỤ NHÃN KHOA</b> - Các quyền lợi nhãn khoa của quý vị được cung cấp bởi Vision Service Plan (VSP). Quyền lợi này cung cấp một trong những mạng lưới quốc gia lớn nhất gồm các bác sĩ độc lập ở các cơ sở bán lẻ, khu vực lân cận, các môi trường y tế và chuyên nghiệp. Quý vị có thể giảm các chi phí tự trả bằng cách chọn nhà cung cấp thuộc mạng lưới để nhận dịch vụ được bảo hiểm. Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp tham gia mạng lưới thông qua danh mục trực tuyến tại <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a>. Nhấp vào <i>Find a doctor</i> (Tìm bác sĩ).</p>			
Khám mắt toàn diện 12 tháng một lần	\$0	<p><b>Trong mạng lưới:</b> 100% sau đồng thanh toán \$20</p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$50</p>	<p><b>Trong mạng lưới:</b> Đồng thanh toán \$20</p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp \$50</p>
Gọng kính 24 tháng một lần	\$0	<p><b>Trong mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$100</p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$40</p>	<p><b>Trong mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp \$100</p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp \$40</p>
<p>Mắt kính 12 tháng một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một tròng</li> <li>• Hai tròng</li> <li>• Ba tròng</li> <li>• Aphakic, thấu kính một tiêu cự, hoặc nhiều tiêu cự</li> </ul>	\$0	<p><b>Trong mạng lưới:</b> 100% sau đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Ngoài mạng lưới</b> Một tròng: Trợ cấp tối đa \$43 Hai tròng: Trợ cấp tối đa \$60 Ba tròng: Trợ cấp tối đa \$75 Aphakic hoặc thấu kính một tiêu cự hoặc nhiều tiêu cự: Trợ cấp tối đa \$104</p>	<p><b>Trong mạng lưới:</b> Đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp</p>

# CHƯƠNG TRÌNH F BỔ SUNG

Các quyền lợi khác – không được chi trả bởi Medicare (tiếp)

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<p><b>DỊCH VỤ NHÃN KHOA</b> - Các quyền lợi nhãn khoa của quý vị được cung cấp bởi Vision Service Plan (VSP). Quyền lợi này cung cấp một trong những mạng lưới quốc gia lớn nhất gồm các bác sĩ độc lập ở các cơ sở bán lẻ, khu vực lân cận, các môi trường y tế và chuyên nghiệp. Quý vị có thể giảm các chi phí tự trả bằng cách chọn nhà cung cấp thuộc mạng lưới để nhận dịch vụ được bảo hiểm. Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp tham gia mạng lưới thông qua danh mục trực tuyến tại <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a>. Nhấp vào <i>Find a doctor</i> (Tìm bác sĩ).</p>			
<p>Kính áp tròng (thay vì mắt kính) 12 tháng một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Không tùy chọn (cần thiết về mặt y tế) – Cứng hoặc Mềm – một cặp</li> <li>Tùy chọn (thẩm mỹ/tiện lợi) – Cứng – một cặp</li> <li>Tùy chọn (thẩm mỹ/tiện lợi) – Mềm – Cung cấp tối đa cho ba đến sáu tháng cho mỗi mắt dựa trên loại tròng được lựa chọn</li> </ul>	\$0	<p><b>Không tùy chọn Trong mạng lưới:</b> Trợ cấp lên tới \$500 sau khoản đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Không tùy chọn Ngoài mạng lưới:</b> Không tùy chọn (Cứng hoặc Mềm): Trợ cấp tối đa \$200</p> <p><b>Tùy chọn Trong mạng lưới:</b> Trợ cấp lên tới \$120 sau khoản đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Tùy chọn Ngoài mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$100</p>	<p><b>Không tùy chọn và Tùy chọn Trong mạng lưới:</b> Đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Không tùy chọn và Tùy chọn Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp</p>

# CHƯƠNG TRÌNH F BỔ SUNG

Các quyền lợi khác – không được chi trả bởi Medicare (tiếp)

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<p><b>DỊCH VỤ TRỢ THÍNH</b> - Các quyền lợi về dịch vụ trợ thính của quý vị được cung cấp bởi EPIC Hearing Healthcare (EPIC). Quyền lợi này được thiết kế cho quý vị để sử dụng các nhà cung cấp thuộc mạng lưới của EPIC. Danh sách Nhà Cung Cấp Tham Gia Mạng Lưới EPIC có tại <a href="https://blueshieldca.com/HearingAids">blueshieldca.com/HearingAids</a>. Nếu quý vị chọn sử dụng nhà cung cấp không thuộc mạng lưới, các dịch vụ đó sẽ không được bảo hiểm. Quyền lợi này tách riêng với các lần khám chẩn đoán khả năng thính giác và các khoản phí có liên quan khi được bảo hiểm bởi Medicare.</p>			
Quyền lợi trợ thính mỗi năm bao gồm:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Một lần kiểm tra thính giác trực tiếp định kỳ</li> <li>• Thiết bị trợ thính                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tối đa hai máy trợ thính được giao trực tiếp thông qua nhà cung cấp máy trợ thính trong mạng lưới</li> <li>○ Lựa chọn các mẫu thiết bị trợ thính công nghệ Silver (trung cấp) hoặc Gold (cao cấp) nhãn hiệu riêng</li> <li>○ Thiết trợ thính cấp độ công nghệ Silver:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– chỉ có trên thiết bị trợ thính đeo sau tai và thiết bị trợ thính có bộ phát ở trong tai</li> </ul> </li> <li>○ Thiết trợ thính cấp độ công nghệ Gold:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– có ở nhiều kiểu máy: thiết bị trợ thính trong tai, trong ống tai, hoàn toàn trong ống tai, đeo sau tai, và bộ phát ở trong tai</li> <li>– khuôn và lấy khuôn tai tiêu chuẩn sẽ được cung cấp khi cần</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>100%</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p><b>Cấp độ Công nghệ Silver</b> \$449 cho mỗi thiết bị trợ thính</p> <p><b>Cấp độ Công nghệ Gold</b> \$699 cho mỗi thiết bị trợ thính</p>

# CHƯƠNG TRÌNH F BỔ SUNG

Các quyền lợi khác – không được chi trả bởi Medicare (tiếp)

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<p><b>DỊCH VỤ TRỢ THÍNH</b> - Các quyền lợi về dịch vụ trợ thính của quý vị được cung cấp bởi EPIC Hearing Healthcare (EPIC). Quyền lợi này được thiết kế cho quý vị để sử dụng các nhà cung cấp thuộc mạng lưới của EPIC. Danh sách Nhà Cung Cấp Tham Gia Mạng Lưới EPIC có tại <a href="https://blueshieldca.com/HearingAids">blueshieldca.com/HearingAids</a>. Nếu quý vị chọn sử dụng nhà cung cấp không thuộc mạng lưới, các dịch vụ đó sẽ không được bảo hiểm. Quyền lợi này tách riêng với các lần khám chẩn đoán khả năng thính giác và các khoản phí có liên quan khi được bảo hiểm bởi Medicare.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Tất cả các cấp độ công nghệ bao gồm:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– một lần tư vấn</li> <li>– tối đa ba lần tái khám để lắp thiết bị trợ thính, tư vấn, kiểm tra và điều chỉnh thiết bị mà không tốn thêm chi trong vòng 12 tháng kể từ khi mua</li> <li>– hộp sạc cho các mẫu có pin sạc hoặc pin đủ dùng trong hai năm cho mỗi thiết bị trợ thính; và</li> <li>– bảo hành mở rộng ba năm.</li> </ul> </li> </ul>			



# CHƯƠNG TRÌNH G

## MEDICARE (PHẦN A)

### DỊCH VỤ BỆNH VIỆN – TRÊN MỖI THỜI KỲ THỤ HƯỞNG

\* Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày đầu tiên quý vị nhận được dịch vụ với tư cách bệnh nhân nội trú trong một bệnh viện và kết thúc sau khi quý vị xuất viện và chưa được chăm sóc chuyên nghiệp tại bất kỳ cơ sở nào khác trong 60 ngày liên tục.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>NHẬP VIỆN*</b> - Phòng hai bệnh nhân và các bữa ăn, y tá điều dưỡng chung, cùng các dịch vụ và dụng cụ khác			
60 ngày đầu	Tất cả, ngoại trừ \$1,632	\$1,632 (khấu trừ Phần A)	\$0
Ngày 61 đến ngày 90	Tất cả, ngoại trừ \$408 một ngày	\$408 một ngày	\$0
Ngày 91 trở đi: Khi đang sử dụng 60 ngày dự phòng cả đời	Tất cả, ngoại trừ \$816 một ngày	\$816 một ngày	\$0
Khi số ngày dự phòng cả đời đã dùng hết: • 365 ngày bổ sung	\$0	100% chi phí hợp lệ Medicare	\$0**
• Ngoài 365 ngày bổ sung	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>CHĂM SÓC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG LÀNH NGHỀ*</b> - Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare, bao gồm đã điều trị tại một bệnh viện trong ít nhất 3 ngày và đã vào cơ sở được Medicare phê duyệt trong vòng 30 ngày sau khi rời bệnh viện.			
20 ngày đầu	Tất cả số tiền được phê duyệt	\$0	\$0
Ngày 21 đến ngày 100	Tất cả, ngoại trừ \$204 một ngày	Tối đa \$204 một ngày	\$0
Ngày 101 trở đi	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	3 panh	\$0
Lượng bổ sung	100%	\$0	\$0
<b>CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI</b>			
Quý vị phải đáp ứng được các yêu cầu của Medicare, bao gồm chứng nhận của bác sĩ về bệnh giai đoạn cuối.	Tất cả, ngoại trừ khoản đồng thanh toán/ đồng bảo hiểm rất hạn chế cho các thuốc ngoại trú và chăm sóc ngắn hạn nội trú	Đồng thanh toán/ Đồng bảo hiểm của Medicare	\$0

\*\* CHÚ Ý: Khi quý vị hết quyền lợi bệnh viện của Medicare Phần A, công ty bảo hiểm sẽ thay thế Medicare chi trả mọi khoản tiền mà Medicare cần chi trả thêm tối đa 365 ngày như quy định trong “Quyền lợi Cốt lõi” của đơn bảo hiểm. Trong thời gian này, bệnh viện không được ghi hóa đơn cho quý vị đối với bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền tính trên hóa đơn và số tiền Medicare chi trả.

# CHƯƠNG TRÌNH G

## MEDICARE (PHẦN B)

### DỊCH VỤ Y TẾ – CHO MỖI NĂM DƯƠNG LỊCH

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>CHI PHÍ Y TẾ - TRONG HOẶC NGOÀI BỆNH VIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ</b> , ví dụ: dịch vụ của bác sĩ, các dịch vụ và đồ dùng y tế và phẫu thuật nội trú và ngoại trú, liệu pháp ngôn ngữ và vật lý, xét nghiệm chẩn đoán, thiết bị y tế bền lâu.			
Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	Thường là 80%	Thường là 20%	\$0
Các chi phí vượt Phần B (trên các khoản tiền được Medicare phê duyệt)	\$0	100%	\$0
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	Tất cả chi phí	\$0
\$240 tiếp theo của các khoản tiền được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0
<b>DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM LÂM SÀNG - KIỂM TRA CHO DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN</b>			
	100%	\$0	\$0

# CHƯƠNG TRÌNH G

## PHẦN A & B

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ ĐƯỢC MEDICARE PHÊ DUYỆT</b>			
Dụng cụ y tế và dịch vụ chăm sóc lành nghề cần thiết về mặt y tế	100%	\$0	\$0
Thiết bị y tế bền lâu Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0

## CÁC QUYỀN LỢI KHÁC – KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI MEDICARE

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>RA NƯỚC NGOÀI - KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM BỞI MEDICARE</b> Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết về mặt y tế trong vòng 60 ngày đầu mỗi chuyến đi ra ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ.			
\$250 đầu tiên mỗi năm dương lịch	\$0	\$0	\$250
Phần còn lại của chi phí	\$0	80% tới mức quyền lợi tối đa cả đời là \$50,000	20% và các khoản tiền trên tối đa cả đời \$50,000
<b>TIẾP CẬN PHÒNG TẬP THỂ DỤC CƠ BẢN THÔNG QUA SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM</b>			
	\$0	100%	\$0

# CHƯƠNG TRÌNH G BỔ SUNG

## MEDICARE (PHẦN A)

### DỊCH VỤ BỆNH VIỆN – TRÊN MỖI THỜI KỲ THỤ HƯỞNG

\* Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày đầu tiên quý vị nhận được dịch vụ với tư cách bệnh nhân nội trú trong một bệnh viện và kết thúc sau khi quý vị xuất viện và chưa được chăm sóc chuyên nghiệp tại bất kỳ cơ sở nào khác trong 60 ngày liên tục.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>NHẬP VIỆN*</b> - Phòng hai bệnh nhân và các bữa ăn, y tá điều dưỡng chung, cùng các dịch vụ và dụng cụ khác			
60 ngày đầu	Tất cả, ngoại trừ \$1,632	\$1,632 (khấu trừ Phần A)	\$0
Ngày 61 đến ngày 90	Tất cả, ngoại trừ \$408 một ngày	\$408 một ngày	\$0
Ngày 91 trở đi: Khi đang sử dụng 60 ngày dự phòng cả đời	Tất cả, ngoại trừ \$816 một ngày	\$816 một ngày	\$0
Khi số ngày dự phòng cả đời đã dùng hết: • 365 ngày bổ sung	\$0	100% chi phí hợp lệ Medicare	\$0**
• Ngoài 365 ngày bổ sung	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>CHĂM SÓC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG LÀNH NGHỀ*</b> - Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare, bao gồm đã điều trị tại một bệnh viện trong ít nhất 3 ngày và đã vào cơ sở được Medicare phê duyệt trong vòng 30 ngày sau khi rời bệnh viện.			
20 ngày đầu	Tất cả số tiền được phê duyệt	\$0	\$0
Ngày 21 đến ngày 100	Tất cả, ngoại trừ \$204 một ngày	Tối đa \$204 một ngày	\$0
Ngày 101 trở đi	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	3 panh	\$0
Lượng bổ sung	100%	\$0	\$0
<b>CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI</b>			
Quý vị phải đáp ứng được các yêu cầu của Medicare, bao gồm chứng nhận của bác sĩ về bệnh giai đoạn cuối.	Tất cả, ngoại trừ khoản đồng thanh toán/ đồng bảo hiểm rất hạn chế cho các thuốc ngoại trú và chăm sóc ngắn hạn nội trú	Đồng thanh toán/ Đồng bảo hiểm của Medicare	\$0

\*\* CHÚ Ý: Khi quý vị hết quyền lợi bệnh viện của Medicare Phần A, công ty bảo hiểm sẽ thay thế Medicare chi trả mọi khoản tiền mà Medicare cần chi trả thêm tối đa 365 ngày như quy định trong “Quyền lợi Cốt lõi” của đơn bảo hiểm. Trong thời gian này, bệnh viện không được ghi hóa đơn cho quý vị đối với bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền tính trên hóa đơn và số tiền Medicare chi trả.

# CHƯƠNG TRÌNH G BỔ SUNG

## MEDICARE (PHẦN B)

### DỊCH VỤ Y TẾ – CHO MỖI NĂM DƯƠNG LỊCH

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>CHI PHÍ Y TẾ - TRONG HOẶC NGOÀI BỆNH VIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ</b> , ví dụ: dịch vụ của bác sĩ, các dịch vụ và đồ dùng y tế và phẫu thuật nội trú và ngoại trú, liệu pháp ngôn ngữ và vật lý, xét nghiệm chẩn đoán, thiết bị y tế bền lâu.			
Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	Thường là 80%	Thường là 20%	\$0
Các chi phí vượt Phần B (trên các khoản tiền được Medicare phê duyệt)	\$0	100%	\$0
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	Tất cả chi phí	\$0
\$240 tiếp theo của các khoản tiền được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0
<b>DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM LÂM SÀNG - KIỂM TRA CHO DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN</b>			
	100%	\$0	\$0

# CHƯƠNG TRÌNH G BỔ SUNG

## PHẦN A & B

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ ĐƯỢC MEDICARE PHÊ DUYỆT</b>			
Dụng cụ y tế và dịch vụ chăm sóc lành nghề cần thiết về mặt y tế	100%	\$0	\$0
Thiết bị y tế bền lâu Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0

## CÁC QUYỀN LỢI KHÁC – KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI MEDICARE

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>RA NƯỚC NGOÀI - KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM BỞI MEDICARE</b> Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết về mặt y tế trong vòng 60 ngày đầu mỗi chuyến đi ra ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ.			
\$250 đầu tiên mỗi năm dương lịch	\$0	\$0	\$250
Phần còn lại của chi phí	\$0	80% tới mức quyền lợi tối đa cả đời là \$50,000	20% và các khoản tiền trên tối đa cả đời \$50,000
<b>TIẾP CẬN PHÒNG TẬP THỂ DỤC CƠ BẢN THÔNG QUA SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM</b>			
	\$0	100%	\$0
<b>THAM VẤN VỚI BÁC SĨ QUA ĐIỆN THOẠI HAY VIDEO QUA TELADOC</b>			
	\$0	\$0	\$0 mỗi lần tham vấn
<b>CÁC VẬT DỤNG KHÔNG CẦN KÊ TOA THÔNG QUA CVS</b> Các vật dụng không cần kê toa (OTC) đủ điều kiện sẵn có qua OTC Items Catalog (Danh mục Vật dụng OTC), có tại <a href="https://blueshieldca.com/medicareOTC">blueshieldca.com/medicareOTC</a> . Có thể áp dụng các giới hạn. Tham khảo OTC Items Catalog để biết thêm thông tin.			
Tối đa hai đơn đặt hàng mỗi quý	\$0	Trợ cấp tối đa \$100 mỗi quý	Tất cả các chi phí trên mức trợ cấp \$100 mỗi quý

# CHƯƠNG TRÌNH G BỔ SUNG

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>DỊCH VỤ CHÂM CỨU VÀ NẮN KHỚP XƯƠNG</b> - Quyền lợi dịch vụ châm cứu và nắn khớp xương của quý vị được thực hiện bởi American Specialty Health Plans of California, Inc. (Chương trình ASH). Các quyền lợi được bảo hiểm theo chương trình này phải được nhận từ các Nhà Cung Cấp Tham Gia Mạng Lưới ASH. Quý vị có thể tìm các Nhà Cung Cấp Tham Gia Mạng Lưới ASH thông qua danh mục trực tuyến tại <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a> . Nhấp vào <i>Find a doctor</i> (Tìm bác sĩ).			
Tối đa 20 lần khám mỗi năm dương lịch cho các Dịch vụ châm cứu và nắn khớp xương kết hợp	Không Được Bảo Hiểm	100%	\$0

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>DỊCH VỤ NHÃN KHOA</b> - Các quyền lợi nhãn khoa của quý vị được cung cấp bởi Vision Service Plan (VSP). Quyền lợi này cung cấp một trong những mạng lưới quốc gia lớn nhất gồm các bác sĩ độ lập ở các cơ sở bán lẻ, khu vực lân cận, các môi trường y tế và chuyên nghiệp. Quý vị có thể giảm các chi phí tự trả bằng cách chọn nhà cung cấp thuộc mạng lưới để nhận dịch vụ được bảo hiểm. Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp tham gia mạng lưới thông qua danh mục trực tuyến tại <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a> . Nhấp vào <i>Find a doctor</i> (Tìm bác sĩ).			
Khám mắt toàn diện 12 tháng một lần	\$0	<b>Trong mạng lưới:</b> 100% sau đồng thanh toán \$20 <b>Ngoài mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$50	<b>Trong mạng lưới:</b> Đồng thanh toán \$20 <b>Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp \$50
Gọng kính 24 tháng một lần	\$0	<b>Trong mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$100 <b>Ngoài mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$40	<b>Trong mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp \$100 <b>Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp \$40

# CHƯƠNG TRÌNH G BỔ SUNG

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<p><b>DỊCH VỤ NHÃN KHOA</b> - Các quyền lợi nhãn khoa của quý vị được cung cấp bởi Vision Service Plan (VSP). Quyền lợi này cung cấp một trong những mạng lưới quốc gia lớn nhất gồm các bác sĩ độc lập ở các cơ sở bán lẻ, khu vực lân cận, các môi trường y tế và chuyên nghiệp. Quý vị có thể giảm các chi phí tự trả bằng cách chọn nhà cung cấp thuộc mạng lưới để nhận dịch vụ được bảo hiểm. Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp tham gia mạng lưới thông qua danh mục trực tuyến tại <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a>. Nhấp vào <i>Find a doctor</i> (Tìm bác sĩ).</p>			
<p>Mắt kính 12 tháng một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Một tròng</li> <li>Hai tròng</li> <li>Ba tròng</li> <li>Aphakic, thấu kính một tiêu cự, hoặc nhiều tiêu cự</li> </ul>	\$0	<p><b>Trong mạng lưới:</b> 100% sau đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Một tròng: Trợ cấp tối đa \$43 Hai tròng: Trợ cấp tối đa \$60 Ba tròng: Trợ cấp tối đa \$75 Aphakic hoặc thấu kính một tiêu cự hoặc nhiều tiêu cự: Trợ cấp tối đa \$104</p>	<p><b>Trong mạng lưới:</b> Đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp</p>
<p>Kính áp tròng (thay vì mắt kính) 12 tháng một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Không tùy chọn (cần thiết về mặt y tế) – Cứng hoặc Mềm – một cặp</li> <li>Tùy chọn (thẩm mỹ/tiện lợi) – Cứng – một cặp</li> <li>Tùy chọn (thẩm mỹ/tiện lợi) – Mềm – Cung cấp tối đa cho ba đến sáu tháng cho mỗi mắt dựa trên loại tròng được lựa chọn</li> </ul>	\$0	<p><b>Không tùy chọn</b></p> <p><b>Trong mạng lưới:</b> Trợ cấp lên tới \$500 sau khoản đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Không tùy chọn</b></p> <p><b>Ngoài mạng lưới:</b> Không tùy chọn (Cứng hoặc Mềm): Trợ cấp tối đa \$200</p> <p><b>Tùy chọn Trong mạng lưới:</b> Trợ cấp lên tới \$120 sau khoản đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Tùy chọn Ngoài mạng lưới:</b> Trợ cấp tối đa \$100</p>	<p><b>Không tùy chọn và Tùy chọn Trong mạng lưới:</b> Đồng thanh toán \$25</p> <p><b>Không tùy chọn và Tùy chọn Ngoài mạng lưới:</b> Tất cả các chi phí vượt mức trợ cấp</p>



# CHƯƠNG TRÌNH G BỔ SUNG

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<p><b>DỊCH VỤ TRỢ THÍNH</b> - Các quyền lợi về dịch vụ trợ thính của quý vị được cung cấp bởi EPIC Hearing Healthcare (EPIC). Quyền lợi này được thiết kế cho quý vị để sử dụng các nhà cung cấp thuộc mạng lưới của EPIC. Danh sách Nhà Cung Cấp Tham Gia Mạng Lưới EPIC có tại <a href="https://blueshieldca.com/HearingAids">blueshieldca.com/HearingAids</a>. Nếu quý vị chọn sử dụng nhà cung cấp không thuộc mạng lưới, các dịch vụ đó sẽ không được bảo hiểm. Quyền lợi này tách riêng với các lần khám chẩn đoán khả năng thính giác và các khoản phí có liên quan khi được bảo hiểm bởi Medicare.</p>			
<p>Quyền lợi trợ thính mỗi năm bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một lần kiểm tra thính giác trực tiếp định kỳ</li> <li>• Thiết bị trợ thính               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tối đa hai máy trợ thính được giao trực tiếp thông qua nhà cung cấp máy trợ thính trong mạng lưới</li> <li>○ Lựa chọn các mẫu thiết bị trợ thính công nghệ Silver (trung cấp) hoặc Gold (cao cấp) nhãn hiệu riêng</li> <li>○ Thiết bị trợ thính cấp độ công nghệ Silver:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– chỉ có trên thiết bị trợ thính đeo sau tai và thiết bị trợ thính có bộ phát ở trong tai</li> </ul> </li> <li>○ Thiết bị trợ thính cấp độ công nghệ Gold:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– có ở nhiều kiểu máy: thiết bị trợ thính trong tai, trong ống tai, hoàn toàn trong ống tai, đeo sau tai, và bộ phát ở trong tai</li> <li>– khuôn và lấy khuôn tai tiêu chuẩn sẽ được cung cấp khi cần</li> </ul> </li> <li>○ Tất cả các cấp độ công nghệ bao gồm:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– một lần tư vấn</li> <li>– tối đa ba lần tái khám để lắp thiết bị trợ thính, tư vấn, kiểm tra và điều chỉnh thiết bị mà không tốn thêm chi trong vòng 12 tháng kể từ khi mua</li> <li>– hộp sạc cho các mẫu có pin sạc hoặc pin đủ dùng trong hai năm cho mỗi thiết bị trợ thính; và</li> <li>– bảo hành mở rộng ba năm.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>			
	\$0 \$0	100% \$0	\$0 <b>Cấp độ Công nghệ Silver</b> \$449 cho mỗi thiết bị trợ thính  <b>Cấp độ Công nghệ Gold</b> \$699 cho mỗi thiết bị trợ thính

# CHƯƠNG TRÌNH N

## MEDICARE (PHẦN A)

### DỊCH VỤ BỆNH VIỆN – TRÊN MỖI THỜI KỲ THỤ HƯỞNG

\* Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày đầu tiên quý vị nhận được dịch vụ với tư cách bệnh nhân nội trú trong một bệnh viện và kết thúc sau khi quý vị xuất viện và chưa được chăm sóc chuyên nghiệp tại bất kỳ cơ sở nào khác trong 60 ngày liên tục.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>NHẬP VIỆN*</b> - Phòng hai bệnh nhân và các bữa ăn, y tá điều dưỡng chung, cùng các dịch vụ và dụng cụ khác			
60 ngày đầu	Tất cả, ngoại trừ \$1,632	\$1,632 (khấu trừ Phần A)	\$0
Ngày 61 đến ngày 90	Tất cả, ngoại trừ \$408 một ngày	\$408 một ngày	\$0
Ngày 91 trở đi: Khi đang sử dụng 60 ngày dự phòng cả đời	Tất cả, ngoại trừ \$816 một ngày	\$816 một ngày	\$0
Khi số ngày dự phòng cả đời đã dùng hết: • 365 ngày bổ sung	\$0	100% chi phí hợp lệ Medicare	\$0**
• Ngoài 365 ngày bổ sung	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>CHĂM SÓC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG LÀNH NGHỀ*</b> - Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare, bao gồm đã điều trị tại một bệnh viện trong ít nhất 3 ngày và đã vào cơ sở được Medicare phê duyệt trong vòng 30 ngày sau khi rời bệnh viện.			
20 ngày đầu	Tất cả số tiền được phê duyệt	\$0	\$0
Ngày 21 đến ngày 100	Tất cả, ngoại trừ \$204 một ngày	Tối đa \$204 một ngày	\$0
Ngày 101 trở đi	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	3 panh	\$0
Lượng bổ sung	100%	\$0	\$0
<b>CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI</b>			
Quý vị phải đáp ứng được các yêu cầu của Medicare, bao gồm chứng nhận của bác sĩ về bệnh giai đoạn cuối.	Tất cả, ngoại trừ khoản đồng thanh toán/ đồng bảo hiểm rất hạn chế cho các thuốc ngoại trú và chăm sóc ngắn hạn nội trú	Đồng thanh toán/ Đồng bảo hiểm của Medicare	\$0

\*\* CHÚ Ý: Khi quý vị hết quyền lợi bệnh viện của Medicare Phần A, công ty bảo hiểm sẽ thay thế Medicare chi trả mọi khoản tiền mà Medicare cần chi trả thêm tối đa 365 ngày như quy định trong “Quyền lợi Cốt lõi” của đơn bảo hiểm. Trong thời gian này, bệnh viện không được ghi hóa đơn cho quý vị đối với bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền tính trên hóa đơn và số tiền Medicare chi trả.

# CHƯƠNG TRÌNH N

## MEDICARE (PHẦN B)

### DỊCH VỤ Y TẾ – CHO MỖI NĂM DƯƠNG LỊCH

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>CHI PHÍ Y TẾ - TRONG HOẶC NGOÀI BỆNH VIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ</b> , ví dụ: dịch vụ của bác sĩ, các dịch vụ và đồ dùng y tế và phẫu thuật nội trú và ngoại trú, liệu pháp ngôn ngữ và vật lý, xét nghiệm chẩn đoán, thiết bị y tế bền lâu.			
Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	Thường là 80%	Số dư, ngoài phần tối đa \$20 mỗi lần thăm khám tại phòng khám và tối đa \$50 mỗi lần tới phòng cấp cứu. Khoản đồng thanh toán đến \$50 được miễn nếu người được bảo hiểm được nhận vào bất cứ bệnh viện nào và lần tới phòng cấp cứu được bao trả như một khoản chi phí Medicare Phần A.	Tối đa \$20 mỗi lần thăm khám tại phòng khám và tối đa \$50 mỗi lần tới phòng cấp cứu. Khoản đồng thanh toán đến \$50 được miễn nếu người được bảo hiểm được nhận vào bất cứ bệnh viện nào và lần tới phòng cấp cứu được bao trả như một khoản chi phí Medicare Phần A.
Các chi phí vượt Phần B (trên các khoản tiền được Medicare phê duyệt)	\$0	\$0	Tất cả chi phí
<b>MÁU</b>			
3 panh đầu tiên	\$0	Tất cả chi phí	\$0
\$240 tiếp theo của các khoản tiền được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0
<b>DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM LÂM SÀNG - KIỂM TRA CHO DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN</b>			
	100%	\$0	\$0

# CHƯƠNG TRÌNH N

## PHẦN A & B

\* Khi quý vị được nhận hóa đơn \$240 của số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ được bảo hiểm (được ghi chú bằng dấu hoa thị), khoản khấu trừ Phần B của quý vị sẽ được thỏa mãn cho năm dương lịch.

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ ĐƯỢC MEDICARE PHÊ DUYỆT</b>			
Dụng cụ y tế và dịch vụ chăm sóc lành nghề cần thiết về mặt y tế	100%	\$0	\$0
Thiết bị y tế bền lâu Khoản tiền \$240 đầu tiên được Medicare phê duyệt*	\$0	\$0	\$240 (khấu trừ Phần B)
Phần còn lại của các khoản tiền được Medicare phê duyệt	80%	20%	\$0

## CÁC QUYỀN LỢI KHÁC – KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI MEDICARE

DỊCH VỤ	MEDICARE CHI TRẢ	CHƯƠNG TRÌNH CHI TRẢ	QUÝ VỊ CHI TRẢ
<b>RA NƯỚC NGOÀI - KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM BỞI MEDICARE</b> Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết về mặt y tế trong vòng 60 ngày đầu mỗi chuyến đi ra ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ.			
\$250 đầu tiên mỗi năm dương lịch	\$0	\$0	\$250
Phần còn lại của chi phí	\$0	80% tới mức quyền lợi tối đa cả đời là \$50,000	20% và các khoản tiền trên tối đa cả đời \$50,000
<b>TIẾP CẬN PHÒNG TẬP THỂ DỤC CƠ BẢN THÔNG QUA SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM</b>			
	\$0	100%	\$0

**LƯU Ý:** Các trang trước chỉ là phần tóm tắt lại những điểm quan trọng nhất của hợp đồng chương trình Bỗ trợ Medicare của chúng tôi. Quý vị có thể tìm thông tin đầy đủ về các quyền lợi, giới hạn và các trường hợp loại trừ của các chương trình trong *Evidence of Coverage* (Chứng Từ Bảo Hiểm) và *Health Service Agreement* (Thỏa thuận về Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe) (Thỏa thuận Dịch vụ) của chương trình Bỗ trợ Medicare. Thỏa thuận Dịch vụ sẽ là hợp đồng chương trình của quý vị nếu quý vị trở thành thành viên của Blue Shield.

Vui lòng đọc kỹ Thỏa thuận Dịch vụ. Quý vị có quyền nhận được một bản sao của Thỏa thuận Dịch vụ trước khi quý vị đăng ký, và chúng tôi luôn sẵn lòng cung cấp cho quý vị bản sao này khi quý vị yêu cầu. Để yêu cầu nhận bản sao, hoặc nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần thêm thông tin, vui lòng gọi tới bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield theo số **(800) 248-2341** TTY: **711** dành cho người khiếm thính. Nếu quý vị có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt, hãy nhớ đọc kỹ các phần của bản tóm tắt này và Thỏa thuận Dịch vụ phù hợp với quý vị trước khi quý vị nộp đơn đăng ký bảo hiểm

## Đăng ký chương trình của chúng tôi

Vui lòng tham khảo phần biểu mẫu đăng ký của cuốn sách này.

Hãy nhớ kiểm tra kỹ thông tin trên đơn đăng ký, giữ một bản sao của từng trang trong đơn đăng ký để tự lưu trữ, sau đó gửi đơn đăng ký bản gốc cùng với khoản thanh toán đầu tiên của quý vị trong phong bì đi kèm.

Việc chúng tôi thu tiền từ séc của quý vị hoặc trừ tiền từ thẻ tín dụng của quý vị không có nghĩa là đơn đăng ký của quý vị đã được phê duyệt. Nếu đơn đăng ký của quý vị không được phê duyệt, Blue Shield sẽ hoàn trả khoản tiền thanh toán của quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ngày bảo hiểm có hiệu lực và gửi cho quý vị hóa đơn ghi rõ ngày đến hạn của đợt thanh toán tiếp theo nếu đơn đăng ký của quý vị được phê duyệt.

### Ai có thể đăng ký?

#### Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên

Quý vị có thể đăng ký bất kỳ chương trình Bồi trợ Medicare nào của Blue Shield (A, F Bồi sung\*, G, G Bồi sung, hoặc N) nếu:

- Quý vị là cư dân của tiểu bang California.
- Quý vị được đăng ký vào Medicare Phần A và B, Khoản 18, Luật Công 89-97, vào thời điểm quý vị đăng ký.

#### Nếu quý vị từ 64 tuổi trở xuống

Quý vị có thể đăng ký một chương trình Bồi trợ Medicare của Blue Shield (A, F Bồi sung, G, G Bồi sung hoặc N) trong các điều kiện sau:

- Quý vị là cư dân của tiểu bang California.
- Quý vị được đăng ký vào Medicare Phần A và B, Khoản 18, Luật Công 89-97, vào thời điểm quý vị đăng ký.
- Quý vị đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận vào chương trình Bồi trợ Medicare của Blue Shield of California theo các hướng dẫn của Blue Shield.
- Quý vị không mắc bệnh về thận ở giai đoạn cuối.
- Quý vị được đăng ký vào Medicare Phần A và B, Khoản 18, Luật Công 89-97, vào thời điểm quý vị đăng ký.
- Quý vị đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận vào chương trình Bồi trợ Medicare của Blue Shield of California theo các hướng dẫn của Blue Shield.
- Quý vị không mắc bệnh về thận ở giai đoạn cuối.

\* Chương trình F Bồi sung chỉ dành cho những người nộp đơn đủ 65 tuổi trước ngày 1 tháng 1 năm 2020, hoặc lần đầu tiên đủ điều kiện nhận phúc lợi Medicare do khuyết tật trước ngày 1 tháng 1 năm 2020.

## Đủ điều kiện được bảo đảm chấp nhận

Nếu quý vị đủ điều kiện được bảo đảm chấp nhận vào chương trình Bỗ trợ Medicare của Blue Shield, quý vị sẽ không phải hoàn thành bản tuyên bố sức khỏe. Nếu quý vị *không* đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận, quý vị sẽ cần phải hoàn thành bản tuyên bố sức khỏe và sẽ được đánh giá khả năng được nhận bảo hiểm.

Để đủ điều kiện được bảo đảm chấp nhận, quý vị phải đáp ứng các tiêu chí nhất định trong *Guaranteed Acceptance Guide* (Hướng dẫn về Bảo đảm Chấp nhận) của Blue Shield, đi kèm trong bộ hồ sơ đăng ký chương trình Bỗ trợ Medicare của Blue Shield.

Để biết thêm thông tin về đủ điều kiện được bảo đảm chấp nhận vào chương trình Bỗ trợ Medicare của Blue Shield, vui lòng gọi cho đại lý của quý vị, hoặc gọi Blue Shield theo số **(855) 217-1539**. Quý vị cũng có thể liên hệ Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương trình Ủng hộ và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe) của California để được hướng dẫn. HICAP cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm cho những người già là công dân của California. Hãy gọi tổng đài miễn phí của HICAP theo số **(800) 434-0222** để được giới thiệu tới văn phòng HICAP địa phương của quý vị. HICAP là dịch vụ miễn phí của tiểu bang California.

## Ngày bảo hiểm có hiệu lực

Quý vị sẽ nhận được thông báo phê duyệt hoặc từ chối trong khoảng hai tuần sau khi Blue Shield nhận được đơn đăng ký. Bảo hiểm của quý vị sẽ có hiệu lực vào lúc 12:01 sáng, giờ Thái Bình Dương vào ngày có hiệu lực của quý vị.

## Chuyển từ một chương trình khác sang chương trình Bỏ trợ Medicare của Blue Shield

### Nếu quý vị có Medicare Advantage hoặc Chương trình Thuốc theo toa Medicare Advantage

Hầu hết các chương trình Bỏ trợ Medicare đều giống với bảo hiểm được cung cấp bởi các Chương trình Medicare Advantage. Luật pháp Liên bang nghiêm cấm các chương trình Bỏ trợ Medicare đăng ký cho những người vẫn còn đang tham gia Chương trình Medicare Advantage nếu bảo hiểm Bỏ trợ Medicare giống hệt với bảo hiểm được cung cấp bởi Chương trình Medicare Advantage.

Nó hoạt động như sau: Thành viên của các Chương trình Medicare Advantage đồng ý sử dụng các dịch vụ theo điều khoản của chương trình đó và từ các nhà cung cấp có ký hợp đồng với chương trình đó, chứ không sử dụng các dịch vụ thuộc chương trình Original Medicare. Các Chương trình Medicare Advantage ký hợp đồng với chính phủ và nhận tiền theo hợp đồng đó để cung cấp bảo hiểm này cho các thành viên của mình. Do đó, người đăng ký Chương trình Medicare Advantage không được bảo hiểm theo Original Medicare.

Các chương trình Bỏ trợ Medicare thường chỉ cung cấp bảo hiểm cho phần còn lại của một yêu cầu bảo hiểm sau khi Original Medicare đã thanh toán phần của họ. Vì Original Medicare thường không thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho người đăng ký Medicare Advantage, nên các chương trình Bỏ trợ Medicare cũng sẽ không thanh toán cho yêu cầu bảo hiểm này. Và, vì Original Medicare thường không thanh toán nếu thành viên của Chương trình Medicare Advantage nhận các dịch vụ

bên ngoài mạng lưới của Chương trình Medicare Advantage của họ, nên thành viên sẽ tự chi trả toàn bộ chi phí của các dịch vụ đó.

Nếu quý vị hiện đang là thành viên của Chương trình Medicare Advantage, và muốn đăng ký Chương trình Thuốc theo toa Medicare và chương trình Bỏ trợ Medicare của Blue Shield, hoặc nếu quý vị quyết định chỉ đăng ký chương trình Bỏ trợ Medicare của Blue Shield, quý vị có thể chọn một trong các tùy chọn bên dưới để hủy đăng ký Chương trình Medicare Advantage.

**Lưu ý quan trọng:** Nếu quý vị cũng đang dự định đăng ký Chương trình Thuốc theo toa Medicare, hãy chắc chắn rằng quý vị đăng ký Chương trình Thuốc theo toa Medicare *trước khi* hủy đăng ký Chương trình Medicare Advantage. Trong Đợt Lựa chọn Hàng năm, việc hủy đăng ký Chương trình Medicare Advantage của quý vị sẽ được tính là lựa chọn của quý vị, và quý vị có thể chờ tới Đợt Lựa chọn Hàng năm tiếp theo để đăng ký vào Chương trình Thuốc theo toa Medicare. Việc đăng ký Chương trình Thuốc theo toa Medicare sẽ tự động hủy đăng ký của quý vị trong Chương trình Medicare Advantage.

Nếu quý vị chỉ muốn đăng ký chương trình Bỏ trợ Medicare và không có Chương trình Thuốc theo toa Medicare, quý vị có thể chọn một trong các lựa chọn bên dưới để hủy đăng ký Chương trình Medicare Advantage.

### Lựa chọn 1

Trực tiếp tới văn phòng An Sinh Xã Hội của quý vị để hủy đăng ký tại đó. Nếu quý vị chọn lựa chọn này, vui lòng đề nghị lấy một bản sao của đơn hủy đăng ký và gửi tới cho Blue Shield qua fax hoặc thư (xem bên dưới).

### Lựa chọn 2

Gọi tới Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid), cơ quan quản lý liên bang của Medicare, và đề nghị hủy đăng ký Chương trình Medicare Advantage hiện tại. Quý vị có thể liên hệ với cơ quan này theo số

**1-800-MEDICARE**. CMS sẽ gửi thư hoặc



fax giấy xác nhận chấm dứt Chương trình Medicare Advantage của quý vị. Vui lòng chuyển giấy xác nhận chấm dứt đó tới Blue Shield qua thư hoặc fax (xem bên dưới).

### **Lựa chọn 3**

Gửi đơn yêu cầu bằng văn bản tới Chương trình Medicare Advantage hiện tại của quý vị và đề nghị được hủy đăng ký. Quý vị có thể thực hiện việc này bằng hai cách:

- Hãy gọi đến Chương trình Medicare Advantage của quý vị và yêu cầu họ gửi biểu mẫu hủy đăng ký cho quý vị, sau đó điền và gửi lại biểu mẫu cho Chương trình Medicare Advantage của quý vị. Hãy giữ lại một bản sao.
- Gửi một lá thư tới Chương trình Medicare Advantage của quý vị để yêu cầu hủy đăng ký, thư này bao gồm tên và mã số ID thành viên của quý vị. Hãy giữ lại một bản sao lá thư của quý vị.

Yêu cầu hủy đăng ký của quý vị sẽ được xử lý ngay trong tháng nhận được yêu cầu đó, với ngày có hiệu lực là ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Chúng tôi cũng sẽ chấp nhận việc xác nhận bằng lời nói từ chương trình bảo hiểm sức khỏe mà quý vị đã hủy đăng ký – chỉ cần yêu cầu họ gọi cho chúng tôi.

Điện thoại: **(800) 248-2341**

TTY: **711**

Fax: **(844) 266-1850**

Địa chỉ gửi thư:

**Blue Shield of California  
P.O. Box 3008  
Lodi, CA 95241-1912**

Điều này sẽ giúp bảo đảm rằng bảo hiểm Medicare Advantage hiện tại đã chấm dứt và rằng bảo hiểm Original Medicare của quý vị, kết hợp cùng với bảo hiểm Bổ trợ Medicare, đang hoạt động bình thường. Vì lý do đó, chúng tôi sẽ phối hợp với quý vị để sắp xếp ngày có hiệu lực của bất kỳ bảo hiểm Bổ trợ Medicare nào mà chúng tôi phê duyệt với ngày mà quý vị hủy đăng ký

Chương trình Medicare Advantage hiện tại.

Nếu quý vị là thành viên của Chương trình Medicare Advantage, ngày quý vị hủy đăng ký Chương trình Medicare Advantage phải được xác nhận trước chấp thuận cuối cùng. Khi đơn đăng ký của quý vị được chấp nhận, Blue Shield sẽ thiết lập ngày bảo hiểm có hiệu lực cho chương trình Bổ trợ Medicare của quý vị.

### **Nếu quý vị có bảo hiểm sức khỏe khác**

Luật pháp tiểu bang nghiêm cấm Blue Shield đăng ký cho quý vị vào chương trình Bổ trợ Medicare nếu quý vị đã có bảo hiểm, ví dụ như chương trình Bổ trợ Medicare hiện có hoặc chương trình theo nhóm của chủ lao động giống với chương trình mới.

Để giúp bảo đảm rằng điều này không xảy ra, chúng tôi sẽ sắp xếp ngày có hiệu lực của bảo hiểm theo chương trình Bổ trợ Medicare mới của Blue Shield cho trùng với ngày hủy đăng ký chương trình bảo hiểm sức khỏe trước của quý vị.

Đầu tiên, chúng tôi sẽ thông báo với quý vị rằng quý vị đã được chấp nhận tham gia chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield và đang chờ xác nhận rằng bảo hiểm sức khỏe khác của quý vị đã được chấm dứt. Sau khi quý vị chấm dứt bảo hiểm trước đây, vui lòng gửi bằng chứng chấm dứt để chúng tôi có thể hoàn tất việc chấp nhận. Vui lòng xem các câu hỏi về thay thế bảo hiểm, có trong đơn.

### **Tùy chọn lập hóa đơn**

Sau khi đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield, quý vị sẽ có một số tùy chọn thanh toán phí bảo hiểm.

1. **AutoPay** – Thanh toán phí bảo hiểm bằng chương trình AutoPay nhanh chóng và tiện lợi của Blue Shield, đây là chức năng chuyển tiền tự động vào ngày đến hạn thanh toán từ tài khoản séc hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị. Không cần viết séc hoặc phải trả thêm cước phí bưu điện. Bản lưu thanh toán của quý vị sẽ

được bao gồm trong bản kê của ngân hàng. **Hãy nhớ, nếu quý vị chọn tùy chọn này, quý vị có thể tiết kiệm được \$3 tiền phí mỗi tháng.**

Hướng dẫn ủy quyền AutoPay có trong đơn đăng ký thuộc bộ hồ sơ đăng ký này.

2. **Hóa đơn hàng tháng** – Blue Shield sẽ gửi hóa đơn cho quý vị hàng tháng.

Với Tùy chọn 2, hóa đơn sẽ cho quý vị biết ngày hạn chót thanh toán.

Các khoản phí quý vị cần thanh toán hoặc các quyền lợi quý vị được nhận có thể sẽ thay đổi trong cả năm. Trong các trường hợp đó, Blue Shield sẽ luôn thông báo cho quý vị trước ít nhất là 60 ngày.

## Điều kiện bảo hiểm

### Chấm dứt quyền lợi

Blue Shield sẽ chỉ chấm dứt Thỏa thuận Dịch vụ của quý vị vì các lý do đã liệt kê cụ thể trong Thỏa thuận Dịch vụ. Các lý do này bao gồm:

1. Quý vị không còn đăng ký trong Phần A và B của Medicare
2. Không thanh toán phí bảo hiểm

Blue Shield có thể hủy bỏ Thỏa thuận Dịch vụ của quý vị nếu quý vị không thanh toán phí bảo hiểm bắt buộc.

Nếu Thỏa thuận Dịch vụ bị hủy bỏ vì quý vị không thanh toán các khoản phí bảo hiểm bắt buộc khi còn nợ, Chương trình sẽ gửi Thông báo về việc Bắt đầu Thời gian Gia hạn và sẽ chấm dứt vào ngày sau thời gian gia hạn 30 ngày. Nếu quý vị không thanh toán phí bảo hiểm, Chương trình sẽ gửi thông báo về việc không thanh toán và sẽ chấm dứt bảo hiểm không sớm hơn 30 ngày sau ngày ghi trên thông báo bằng văn bản.

Quý vị sẽ phải thanh toán tất cả các khoản phí tích lũy trong khi Thỏa thuận Dịch vụ tiếp tục có hiệu lực, bao gồm cả các khoản phí tích lũy trong thời gian gia hạn 30 ngày

này.

Nếu quý vị muốn chấm dứt Thỏa thuận Dịch vụ, quý vị phải gửi thông báo cho Blue Shield trước 30 ngày. Nếu Blue Shield có các khoản phí chương trình cho bất kỳ khoảng thời gian nào sau ngày chấm dứt, các khoản phí đó sẽ được hoàn trả cho quý vị trong vòng 30 ngày. Bảo hiểm sẽ chấm dứt lúc 11:59 đêm, giờ Thái Bình Dương vào ngày thứ 30 sau ngày quý vị yêu cầu chấm dứt.

Chương trình sẽ không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ dịch vụ nào mà quý vị sử dụng sau khi chấm dứt, trừ khi người đăng ký hoàn toàn bị mất khả năng vận động vào thời điểm chấm dứt. Vui lòng xem Thỏa thuận Dịch vụ của quý vị để biết mô tả về việc gia hạn quyền lợi cho người bị tàn tật.

### Hủy bỏ

Bảo hiểm của quý vị không thể bị hủy bỏ vì bất cứ lý do gì, ngoại trừ những điều kiện được nêu ra ở phần “Chấm dứt quyền lợi” bên trên.

### Khôi phục quyền lợi

Nếu quý vị nhận được “Thông báo Kết thúc Bảo hiểm”, Blue Shield sẽ cho phép quý vị có hai lần được khôi phục bảo hiểm trong mỗi khoảng thời gian 12 tháng liên tiếp, nếu khoản tiền nợ được thanh toán trong vòng 15 ngày kể từ ngày “Thông báo Kết thúc Bảo hiểm” được gửi tới cho quý vị.

Nếu chúng tôi không nhận được yêu cầu khôi phục và tiền thanh toán của quý vị cho tất cả các khoản còn thiếu trong vòng 15 ngày bắt buộc đó, quý vị sẽ phải điền thông tin vào đơn đăng ký để đăng ký lại bảo hiểm. Các thành viên đăng ký lại bảo hiểm sau khi chấm dứt có thể sẽ cần phải được kiểm tra, đánh giá lại sức khỏe. Hãy gọi cho người môi giới hoặc đại diện bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield theo số **(800) 248-2341** để yêu cầu đơn đăng ký. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày mà đơn đăng ký được Blue Shield phê duyệt.

## Điều khoản gia hạn

Bảo hiểm sức khỏe Blue Shield của quý vị được “bảo đảm có thể gia hạn” (Blue Shield không thể hủy bỏ nó) và sẽ tiếp tục có hiệu lực miễn là quý vị thanh toán trước các khoản phí, trừ khi theo các điều kiện đã liệt kê trong “Chấm dứt quyền lợi” và trong Thỏa thuận Dịch vụ của quý vị. Blue Shield có thể sửa đổi hoặc bổ sung Thỏa thuận Dịch vụ bằng cách thông báo bằng văn bản cho quý vị trước ít nhất 60 ngày.

## Khiếu nại quyết định bảo hiểm

Nếu quý vị muốn khiếu nại một quyết định bảo hiểm, xin liên hệ bộ phận Dịch vụ Khách theo số **(800) 248-2341**.

Nếu quý vị có câu hỏi về một dịch vụ, nhà cung cấp, quyền lợi, cách sử dụng chương trình hoặc bất kỳ vấn đề nào khác, quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại trên.

## Diễn giải chương trình

Blue Shield có quyền tùy ý phân tích và diễn giải các điều khoản của Thỏa thuận Dịch vụ, xác định các quyền lợi của Thỏa thuận Dịch vụ và quyết định việc đủ điều kiện nhận các quyền lợi theo Thỏa thuận Dịch vụ.

Blue Shield sẽ thực hiện quyền này vì quyền lợi của tất cả những người đăng ký đủ điều kiện nhận các quyền lợi theo quy định trong Thỏa thuận Dịch vụ.

## Bảo mật thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe

Blue Shield of California bảo vệ tính bí mật/riêng tư của các thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe. Thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe bao gồm cả thông tin y tế và thông tin có thể nhận dạng cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại hoặc số An Sinh Xã Hội. Blue Shield sẽ không tiết lộ các thông tin này nếu không được quý vị ủy quyền, trừ khi được pháp luật cho phép.

Thông báo về Thông lệ Quyền riêng tư, mô tả cách Blue Shield bảo vệ thông tin sức khỏe được bảo vệ và thông tin nhận dạng

cá nhân của quý vị, sẽ được cung cấp cho quý vị khi đăng ký. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu nhận một bản sao Thông báo về Thông lệ Quyền riêng tư của chúng tôi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách theo số **(800) 248-2341**, hoặc bằng cách truy cập trang Internet của Blue Shield of California tại địa chỉ **blueshieldca.com** và in ra bản sao.

Nếu quý vị quan ngại rằng Blue Shield có thể đã xâm phạm quyền riêng tư bí mật của quý vị, hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc truy cập các thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe của quý vị, xin vui lòng liên hệ với chúng tôi:

### Địa chỉ gửi thư:

Blue Shield of California Privacy Official  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

**Số điện thoại miễn phí:**  
**(888) 266-8080**

### Địa chỉ email:

[privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

## Các loại trừ và giới hạn chính đối với quyền lợi

Xin lưu ý:

Các chương trình Bồi trợ Medicare của Blue Shield không bao gồm chăm sóc cá nhân tại cơ sở bất kỳ, bao gồm cả cơ sở điều dưỡng lành nghề. Chăm sóc cá nhân bao gồm các dịch vụ như giúp đi lại, lên và xuống giường, ăn, mặc quần áo, tắm và uống thuốc.

Trừ khi có những ngoại lệ trong các loại trừ sau, được ghi cụ thể trong *Evidence of Coverage và Thỏa thuận về Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe* (Thỏa thuận Dịch vụ) cho chương trình của quý vị, chúng tôi sẽ không cung cấp các quyền lợi cho:

1. Các dịch vụ liên quan tới nhập viện hoặc ở lại điều trị tại cơ sở chăm sóc sức khỏe chủ yếu dành cho Chăm sóc Cá nhân, Cấp dưỡng hoặc Nơi ở; nghỉ ngơi; hoặc để kiểm soát hay thay đổi môi trường của bệnh nhân.
2. Chăm sóc và điều trị nha khoa, phẫu thuật nha khoa và các thiết bị nha khoa.
3. Việc khám và chi phí cho kính mắt và máy trợ thính, trừ khi được bảo hiểm theo Chương trình F Bồi sung hay Chương trình G Bồi sung.
4. Dịch vụ dành cho mục đích thẩm mỹ.
5. Dịch vụ dành cho hoặc liên quan tới dạy nghề, giáo dục, giải trí, nghệ thuật, khiêu vũ hoặc liệu pháp âm nhạc; và trừ khi (và chỉ trong phạm vi) cần thiết về mặt y tế như một phần bồi sung cho việc điều trị y tế đối với một tình trạng y tế cơ bản, được kê toa bởi bác sĩ chăm sóc, và được công nhận bởi Medicare; chương trình kiểm soát cân nặng; hoặc chương trình tập thể dục (ngoại trừ SilverSneakers® Fitness Program).
6. Máu và huyết tương, ngoại trừ việc loại trừ này không áp dụng cho ba (3) panh máu đầu tiên mà Người đăng ký nhận được trong một Năm dương lịch.
7. Chăm cứu, trừ khi được đài thọ theo Chương trình G Bồi sung.
8. Kiểm tra sức khỏe, ngoại trừ đợt kiểm tra sức khỏe một lần “Welcome to Medicare” (Chào mừng đến với Medicare) nếu được nhận trong vòng 12 tháng đầu của bảo hiểm ban đầu theo Medicare Phần B, và đợt kiểm tra “Wellness” (Sức khỏe) hàng năm sau đó; hoặc chăm sóc chân định kỳ.
9. Tiêm phòng định kỳ, ngoại trừ những loại không được bảo hiểm bởi các dịch vụ phòng ngừa của Medicare Phần B.
10. Các dịch vụ không được liệt kê trong danh sách quyền lợi.
11. Dịch vụ mà quý vị không có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán, hoặc dịch vụ mà quý vị không bị tính phí.
12. Dịch vụ mà quý vị không được nhận quyền lợi từ Medicare trừ khi có ghi chú trong Thỏa thuận Dịch vụ rằng đó là dịch vụ được bảo hiểm.
13. Quyền lợi về nhãn khoa bị hạn chế về mức độ tiếp cận trên toàn quốc hoặc tiếp cận bên ngoài California  
Vui lòng xem *Evidence of Coverage* để biết thông tin về việc nộp khiếu nại, quyền được nhận hỗ trợ từ Department of Managed Health Care (Phòng Quản lý Chăm sóc Sức khỏe), và quyền được đánh giá y tế độc lập.

**HICAP**  
**(800) 434-0222**

Để biết thêm thông tin liên quan đến các quyền lợi được bảo hiểm, vui lòng liên hệ Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) hoặc đại lý của quý vị. HICAP cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe cho những người già là công dân của California.

**Blue Shield of California**  
**Medicare Plans**  
**Regional Sales Office**  
**6300 Canoga Ave.**  
**Woodland Hills, CA 91367-2555**

SilverSneakers là nhãn hiệu đã đăng ký của Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc.  
Bảo lưu mọi quyền.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association MSP14541-PR-DS-VI (12/21)

Đang Chờ Cơ Quan Quản Lý Phê Duyệt