

# Đăng ký, gia hạn hoặc thay đổi chương trình bảo hiểm sức khỏe tại **HealthCare.gov**

## Sử dụng Bảo Hiểm Sức Khỏe của quý vị

## Thực hiện **bước tiếp theo**

### Quý vị không có bảo hiểm sức khỏe? Chúng tôi sẵn sàng trợ giúp quý vị.

- Tìm hiểu xem chương trình bảo hiểm nào có thể là **tốt nhất và vừa túi tiền nhất** đối với quý vị.
- Xem liệu quý vị có thể nhận được **trợ giúp tài chính** để chi trả cho chương trình bảo hiểm của mình hay không.

### Quý vị có mua bảo hiểm sức khỏe trong năm vừa qua không?

Từ ngày 1 tháng 11 đến ngày 15 tháng 1 là thời gian để gia hạn hoặc thay đổi chương trình bảo hiểm. Quý vị hãy xem lại chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình. Hãy so sánh các lựa chọn của quý vị.

- **Nhu cầu chăm sóc sức khỏe** của quý vị có thể thay đổi.
- **Mỗi năm sẽ có các chương trình bảo hiểm mới được cung cấp, quyền lợi bảo hiểm có thể thay đổi** và một số chương trình bị ngừng cung cấp.
- Những thay đổi về thu nhập và quy mô gia đình có thể ảnh hưởng đến khoản **hỗ trợ tài chính** của quý vị.
- Kiểm tra xem liệu quý vị có được tự động **ghi danh lại** vào chương trình bảo hiểm của mình hay không. Quý vị có thể cần phải **gửi lại** thông tin của mình để tiếp tục hưởng quyền lợi.

Hãy truy cập **OregonHealthCare.gov** để tìm trợ giúp miễn phí tại địa phương từ một chuyên gia.



HIM-5079 (09/2024)



## Hướng dẫn từng bước để hiểu rõ về bảo hiểm sức khỏe

Truy cập **OregonHealthCare.gov**

Quý vị đã thực hiện bước đầu tiên để cải thiện sức khỏe của mình bằng cách ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Đây là thời điểm tốt nhất để quý vị nêu lên thắc mắc và bắt tay vào hành động để có thể biết được cách sử dụng bảo hiểm của mình khi bị bệnh.

Hướng dẫn này giải thích những nội dung cơ bản để hiểu rõ chương trình bảo hiểm của quý vị và những việc cần làm khi quý vị có thắc mắc.

### Hiểu về phạm vi bảo hiểm của quý vị

Sau khi quý vị đăng ký và **thanh toán phí bảo hiểm tháng đầu tiên** (trước ngày bảo hiểm có hiệu lực), công ty bảo hiểm của quý vị sẽ gửi cho quý vị gói thông tin cho thành viên bao gồm:

1. **Bản tóm tắt các quyền lợi và phạm vi bảo hiểm:** Tài liệu giải thích các nội dung chính trong chương trình bảo hiểm của quý vị, chẳng hạn như những gì được đài thọ và những gì không được đài thọ. Hãy làm quen với các chi phí của quý vị (phí bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, khoản tiền khấu trừ và đồng bảo hiểm).
2. **Thẻ bảo hiểm hoặc tài liệu khác:** Đây là bằng chứng về bảo hiểm của quý vị, ngoài ra còn có thông tin mà các nhà cung cấp dịch vụ y tế cần để cung cấp dịch vụ. Thẻ hoặc tài liệu của quý vị có thể trông khác với ví dụ này nhưng sẽ có cùng loại thông tin.

### Chuẩn bị cho việc Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị

Trong khi quý vị đang suy nghĩ về bảo hiểm sức khỏe, hãy chuẩn bị sẵn sàng cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình bằng cách:

#### Tìm một nhà cung cấp:

- Gọi cho công ty bảo hiểm của quý vị, tìm kiếm trang web của công ty đó hoặc kiểm tra sổ tay thành viên để biết các nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị. Mạng lưới có thể thay đổi, vì vậy hãy kiểm tra lại với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Sau khi quý vị quyết định muốn gặp nhà cung cấp nào, hãy kiểm tra xem quý vị có cần hỏi công ty bảo hiểm của mình trước khi đặt lịch hẹn hay không.

#### Đặt lịch hẹn:

- Gọi điện để đặt lịch hẹn. Hãy nói quý vị đang tìm kiếm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính mới và yêu cầu khám sức khỏe hằng năm hoặc yêu cầu được thăm khám sức khỏe.

#### INSURANCE COMPANY NAME

Plan type	Member Name: Jane Doe Member Number: XXX-XX-XXX
Effective date	Group Number: XXXXX-XXX
Prescription Group # XXXXX	PCP Copay \$15.00 Specialist Copay \$25.00 Emergency Room Copay \$75.00
Prescription Copay \$15.00 Generic \$20.00 Name brand	Member Service: 800-XXX-XXXX

## Làm việc với nhà cung cấp của quý vị

- Khi quý vị gặp nhà cung cấp của mình, hãy chia sẻ tiền sử sức khỏe của gia đình quý vị, các loại thuốc hiện tại quý vị đang dùng và các câu hỏi hoặc lo ngại của quý vị về sức khỏe của mình.

### Quyết định xem nhà cung cấp có phù hợp với quý vị hay không:

- Quý vị cần một nhà cung cấp mà quý vị có thể tin tưởng và cảm thấy thoải mái khi nói chuyện với họ. Sau lần thăm khám đầu tiên, nếu quý vị có lo ngại về nhà cung cấp của mình, hãy quyết định xem liệu quý vị muốn chia sẻ lo ngại của mình với nhà cung cấp hay nghiên cứu các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của mình.

### Lên kế hoạch cho những bước tiếp theo của quý vị:

- Thực hiện theo mọi khuyến nghị của nhà cung cấp của quý vị. Ví dụ, nếu nhà cung cấp của quý vị giới thiệu một bác sĩ chuyên khoa, quý vị có đặt lịch hẹn không?

## Hiểu về thanh toán bảo hiểm

- Quý vị và công ty bảo hiểm của quý vị chia sẻ chi phí chăm sóc do chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị đài thọ. Hãy gọi đến bộ phận dịch vụ thành viên của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị để tìm hiểu chi tiết hoặc đọc bản tóm tắt các quyền lợi. Bảo hiểm sức khỏe thường hoạt động như thế nào:

1. Quý vị đưa thẻ bảo hiểm của mình cho nhà cung cấp vào thời điểm quý vị tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế.
2. Quý vị thanh toán cho nhà cung cấp mọi khoản đồng thanh toán theo yêu cầu của chương trình bảo hiểm.
3. Thông thường, nhà cung cấp sẽ gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm.
4. Công ty bảo hiểm sẽ gửi cho quý vị Bản Giải Thích về Quyền Lợi (Explanation of Benefits, EOB). Đây là bản tổng quan về tổng chi phí cho lần khám bệnh của quý vị. Bản này liệt kê những gì nhà cung cấp đã tính phí, số tiền tối đa mà công ty bảo hiểm cho phép cho quy trình đó và những gì mà họ đã thanh toán theo phần của họ cũng như phần chi phí của quý vị. EOB không phải là một hóa đơn.
5. Thông thường quý vị sẽ nhận được hóa đơn riêng từ nhà cung cấp. Quý vị thanh toán phần hóa đơn của mình.

## Biết rõ các quyền của quý vị

Sau khi xem xét EOB của mình, quý vị có thể có thắc mắc về các chi tiết hoặc cho rằng một số dịch vụ đáng lẽ được chương trình bảo hiểm đài thọ nhưng đã không được đài thọ.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và được đài thọ các dịch vụ này. Quý vị có thể liên hệ trực tiếp với công ty bảo hiểm của mình. Các công ty bảo hiểm có tổng đài chăm sóc khách hàng để giúp đỡ các thành viên của chương trình bảo hiểm. Số tổng đài này có trên thẻ bảo hiểm của quý vị hoặc trong sổ tay hướng dẫn của chương trình.

Nếu quý vị muốn bên thứ ba trợ giúp, có thắc mắc về quyền của mình hoặc cần trợ giúp để hiểu về thanh toán hoặc phạm vi bảo hiểm, hãy gọi cho Phòng Quản Lý Tài Chính Oregon (Oregon Division of Financial Regulation) để nói chuyện với nhân viên hỗ trợ khách hàng, miễn phí theo số 888-877-4894 (số điện thoại miễn phí).

Quý vị cũng có thể gửi email đến [DFR.InsuranceHelp@dcbsoregon.gov](mailto:DFR.InsuranceHelp@dcbsoregon.gov) hoặc tìm kiếm lời khuyên về bảo hiểm tại: [bit.ly/DFRcomplaint](http://bit.ly/DFRcomplaint)



## Bảng chú giải thuật ngữ bảo hiểm: Các thuật ngữ chính quý vị có thể gặp trong bản tóm tắt quyền lợi bảo hiểm hoặc khi tìm kiếm dịch vụ y tế

**Đồng bảo hiểm:** Tỷ lệ phần trăm chi phí của dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ mà quý vị phải thanh toán; Ví dụ: 20% cho chụp X-quang.

**Đồng thanh toán:** Số tiền cố định quý vị phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ; Ví dụ: \$20 cho một lần thăm khám với bác sĩ.

**Khoản khấu trừ:** Số tiền quý vị thanh toán trước khi chương trình bảo hiểm bắt đầu thanh toán cho một số dịch vụ được đài thọ. Ở Oregon, nhiều chương trình bảo hiểm không yêu cầu người ghi danh phải thanh toán khoản khấu trừ khi họ đến thăm khám tại phòng khám, nhưng họ sẽ thanh

toán khoản khấu trừ cho các dịch vụ như nằm viện hoặc phẫu thuật. Điều cực kỳ quan trọng cần nhớ là có nhiều dịch vụ được các chương trình bảo hiểm sức khỏe đài thọ toàn bộ hoặc ít nhất một phần trước khi tính đến khoản khấu trừ.

**Mạng lưới:** Các phòng khám, cơ sở, nhà thuốc, nhà cung cấp và nhà cung ứng có hợp đồng với công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc kê toa và vật tư. Hãy liên lạc với công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị để tìm xem bác sĩ, chuyên gia trị liệu và cơ sở nào trong mạng lưới. Việc thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể dẫn đến chi phí cao hơn.

**Chi phí tự trả tối đa:** Số tiền tối đa quý vị phải chi trả cho các dịch vụ được đài thọ trong một năm chương trình. Sau khi quý vị đạt đến số tiền này cho các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ và chăm sóc trong mạng lưới, chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị sẽ thanh toán 100% chi phí của các quyền lợi được đài thọ. Những khoản không được tính vào chi phí tự trả tối đa là: phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị, bất kỳ khoản nào mà quý vị chi tiêu cho các dịch vụ mà chương trình bảo hiểm của quý vị không đài thọ, cũng như các dịch vụ và chăm sóc ngoài mạng lưới.

**Phí bảo hiểm:** Số tiền mà quý vị phải chi trả cho bảo hiểm sức khỏe của mình mỗi tháng. Thông thường, quý vị sẽ thanh toán hằng tháng. Phí bảo hiểm không được tính vào khoản khấu trừ hoặc chi phí tự trả tối đa của quý vị. Nếu quý vị không trả phí bảo hiểm, quý vị có thể mất bảo hiểm.

**Dịch vụ phòng ngừa:** Chăm sóc sức khỏe định kỳ, bao gồm sàng lọc, khám sức khỏe và tư vấn cho bệnh nhân, để phòng ngừa ốm đau, bệnh tật hoặc các vấn đề sức khỏe khác; hoặc để phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu khi việc điều trị có thể mang lại hiệu quả tốt nhất. Điều này có thể bao gồm tiêm phòng cúm, tiêm vắc-xin và khám sàng lọc.