COVERED CALIFORNIA

# Các quyền lợi bảo hiểm đặt lợi ích của bệnh nhân lên hàng đầu và mức chia sẻ chi phí năm 2027

Các quyền lợi bảo hiểm đánh dấu màu be **KHÔNG** cần phải đạt mức tiền khấu trừ trước khi được chi trả.

Các quyền lợi đánh dấu màu cam sẽ áp dụng mức tiền khấu trừ sau ba lần khám đầu tiên.

## Vì sức khỏe của người dân California

Giá thuốc áp dụng cho số lượng thuốc dùng trong 30 ngày.

Tiền khấu trừ = Số tiền bạn phải trả trước khi bảo hiểm bắt đầu chi trả.

1. Bệnh nhân trả mức tiền đồng chi trả cho bất kỳ dịch vụ nào (bao gồm cả chuyên khoa) trong ba lần thăm khám đầu tiên. Sau ba lần này, các lần khám tiếp theo bệnh nhân sẽ phải trả toàn bộ chi phí đến khi đạt đủ mức tiền khấu trừ y tế.
2. Mức giá áp dụng sau khi đã đạt mức tiền khấu trừ dược phẩm.
3. Xem hồ sơ chi tiết quyền lợi bảo hiểm của chương trình để biết chi phí chia sẻ cho dịch vụ chẩn đoán hình ảnh.

Covered California có thể phê duyệt các chi tiết khác với những quyền lợi y tế mặc định của các chương trình bảo hiểm, cho một số dịch vụ chăm sóc nhất định tùy theo từng trường hợp cụ thể nếu cần, để tuân thủ Đạo luật Bình đẳng Sức khỏe Tâm thần (California Mental Health Parity Act) của Tiểu bang California hoặc Đạo luật Bình đẳng Sức khỏe Tâm thần và Công bằng Điều trị Chứng nghiện (Mental Health Parity and Addiction Equity Act - MHPAEA) của Liên bang.

VIE-1026 | D-CCA-XXXXXXXX

| | **CHI TRẢ TỐI THIỂU**<br>Bảo hiểm trả 0% cho đến khi đạt mức tiền xuất túi (out-of-pocket) tối đa | **ĐỒNG**<br>Bảo hiểm trả 60% chi phí trung bình hàng năm | **BẠC**<br>Bảo hiểm trả 70% chi phí trung bình hàng năm[1] | **BẠC 73**<br>Bảo hiểm trả 73% chi phí trung bình hàng năm[1] | **BẠC 87**<br>Bảo hiểm trả 87% chi phí trung bình hàng năm[1] | **BẠC 94**<br>Bảo hiểm trả 94% chi phí trung bình hàng năm[1] | **VÀNG**<br>Bảo hiểm trả 80% chi phí trung bình hàng năm | **BẠCH KIM**<br>Bảo hiểm trả 90% chi phí trung bình hàng năm |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Giảm chia sẻ chi phí Dựa trên thu nhập của một người** | Không áp dụng | Không áp dụng | Không áp dụng | **$31,921–$39,900** (>200% đến <250% FPL) | **$23,941–$31,920** (>150% đến <200% FPL) | **lên đến $23,940** (>100% đến <150% FPL) | Không áp dụng | Không áp dụng |
| **Miễn phí chăm sóc phòng ngừa** | $0 | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** |
| **Thăm khám với bác sĩ gia đình** | Bệnh nhân trả toàn bộ chi phí mỗi lần khám cho đến khi đạt mức tiền xuất túi tối đa (áp dụng từ sau ba lần thăm khám đầu tiên không thuộc diện chăm sóc phòng ngừa) | **$60** | **$50** | **$50** | **$15** | **$5** | **$40** | **$20** |
| **Đến khám chăm sóc khẩn cấp** | | **$60** | **$50** | **$50** | **$15** | **$5** | **$40** | **$20** |
| **Thăm khám bác sĩ chuyên khoa** | Bệnh nhân trả toàn bộ chi phí cho đến khi đạt mức tiền xuất túi tối đa | **$100[1]** (Áp dụng tiền khấu trừ sau ba lần khám đầu tiên) | **$100** | **$100** | **$30** | **$8** | **$80** | **$45** |
| **Khoa cấp cứu** | | Bảo hiểm trả 40% sau khi đạt mức tiền xuất túi tối đa | **$400** | **$400** | **$200** | **$50** | **$350** | **$225** |
| **Xét nghiệm** | | **$50** | **$50** | **$50** | **$35** | **$10** | **$40** | **$25** |
| **Chụp X-quang và chẩn đoán** | | Bảo hiểm trả 40% sau khi đạt mức tiền xuất túi tối đa | **$95** | **$95** | **$50** | **$10** | **$85** | **$35** |
| **Chẩn đoán hình ảnh** | | | **$325** | **$325** | **$100** | **$50** | **Bệnh nhân trả $125 tiền đồng chi trả hay 25% tiền đồng bảo hiểm[3]** | **Bệnh nhân trả $90 tiền đồng chi trả hay 15% tiền đồng bảo hiểm[3]** |
| **Cấp 1 (Thuốc gốc - Generic drugs)** | Bệnh nhân chi trả toàn bộ toa thuốc cho đến khi đạt mức tiền xuất túi tối đa | **$20** | **$20** | **$20** | **$10** | **$3** | **$19** | **$10** |
| **Cấp 2 (Thuốc ưu tiên - Preferred drugs)** | | Bảo hiểm trả 40% và tối đa $500 cho mỗi toa thuốc sau khi đạt mức tiền xuất túi tối đa | $65[2] | **$55[2]** | **$30[2]** | **$10** | **$60** | **$25** |
| **Cấp 3 (Thuốc không ưu tiên - Non-preferred drugs)** | | | $95[2] | **$95[2]** | **$50[2]** | **$15** | **$90** | **$45** |
| **Cấp 4 (Thuốc đặc trị - Specialty drugs)** | | | Bảo hiểm trả 20% và tối đa $250[2] cho mỗi toa thuốc | **Bảo hiểm trả 20% và tối đa $250[2] cho mỗi toa thuốc** | **Bảo hiểm trả 15% và tối đa $150[2] cho mỗi toa thuốc** | **Bảo hiểm trả 10% và tối đa $150 cho mỗi toa thuốc** | **Bảo hiểm trả 20% và tối đa $250 cho mỗi toa thuốc** | **Bảo hiểm trả 10% và tối đa $250 cho mỗi toa thuốc** |
| **Mức tiền khấu trừ y tế** | Không áp dụng | Cá nhân: $5,800<br>Gia đình: $11,600 | Cá nhân: $4,700<br>Gia đình: $9,400 | Cá nhân: $4,700<br>Gia đình: $9,400 | Cá nhân: $1,100<br>Gia đình: $2,200 | Cá nhân: $200<br>Gia đình: $400 | Không áp dụng | Không áp dụng |
| **Mức tiền khấu trừ dược phẩm** | Không áp dụng | Cá nhân: $450<br>Gia đình: $900 | Cá nhân: $50<br>Gia đình: $100 | Cá nhân: $50<br>Gia đình: $100 | Cá nhân: $50<br>Gia đình: $100 | Không áp dụng | Không áp dụng | Không áp dụng |
| **Mức tiền xuất túi tối đa hàng năm** | Cá nhân: $12,000<br>Gia đình: $24,000 | Cá nhân: $11,650<br>Gia đình: $23,300 | Cá nhân: $11,650<br>Gia đình: $23,300 | Cá nhân: $9,600<br>Gia đình: $19,200 | Cá nhân: $4,000<br>Gia đình: $8,000 | Cá nhân: $3,000<br>Gia đình: $6,000 | Cá nhân: $9,600<br>Gia đình: $19,200 | Cá nhân: $5,500<br>Gia đình: $11,000 |

COVERED CALIFORNIA

# 2027 Patient-Centered Benefit Designs and Medical Cost Shares

Benefits in beige are **NOT** subject to a deductible.

Benefits in orange are subject to a deductible after the first three visits.

**For the love of Californians**

| | MINIMUM COVERAGE Covers 0% until out-of-pocket max is met | BRONZE Covers 60% of average annual cost | SILVER Covers 70% of average annual cost[1] | SILVER 73 Covers 73% of average annual cost[1] | SILVER 87 Covers 87% of average annual cost[1] | SILVER 94 Covers 94% of average annual cost[1] | GOLD Covers 80% of average annual cost | PLATINUM Covers 90% of average annual cost |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cost-Sharing Reduction Single-Income Range** | N/A | N/A | N/A | **$31,921–$39,900** (>200% to <250% FPL) | **$23,941–$31,920** (>150% to <200% FPL) | **up to $23,940** (>100% to <150% FPL) | N/A | N/A |
| **Free Preventive Care Visit** | $0 | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** | **$0** |
| **Primary Care Visit** | Full cost per instance until out-of-pocket maximum is met (after first three non-preventive visits) | **$60** | **$50** | **$50** | **$15** | **$5** | **$40** | **$20** |
| **Urgent Care Visit** | | **$60** | **$50** | **$50** | **$15** | **$5** | **$40** | **$20** |
| **Specialist Visit** | Full cost per service until out-of-pocket maximum is met | **$100[1]** | **$100** | **$100** | **$30** | **$8** | **$80** | **$45** |
| **Emergency Room Facility** | | 40% after deductible is met | **$400** | **$400** | **$200** | **$50** | **$350** | **$225** |
| **Laboratory Tests** | | **$50** | **$50** | **$50** | **$35** | **$10** | **$40** | **$25** |
| **X-Rays and Diagnostics** | | 40% after deductible is met | **$95** | **$95** | **$50** | **$10** | **$85** | **$35** |
| **Imaging** | | | **$325** | **$325** | **$100** | **$50** | **$125 copay or 25% coinsurance[3]** | **$90 copay or 15% coinsurance[3]** |
| **Tier 1 (Generic Drugs)** | Full cost per script until out-of-pocket maximum is met | **$20** | **$20** | **$20** | **$10** | **$3** | **$19** | **$10** |
| **Tier 2 (Preferred Drugs)** | | 40% up to $500 per script after drug deductible is met | $65[2] | **$55[2]** | **$30[2]** | **$10** | **$60** | **$25** |
| **Tier 3 (Non-Preferred Drugs)** | | | $95[2] | **$95[2]** | **$50[2]** | **$15** | **$90** | **$45** |
| **Tier 4 (Specialty Drugs)** | | | 20% up to $250[2] per script | **20% up to $250[2] per script** | **15% up to $150[2] per script** | **10% up to $150 per script** | **20% up to $250 per script** | **10% up to $250 per script** |
| **Medical Deductible** | N/A | Individual: $5,800 Family: $11,600 | Individual: $4,700 Family: $9,400 | Individual: $4,700 Family: $9,400 | Individual: $1,100 Family: $2,200 | Individual: $200 Family: $400 | N/A | N/A |
| **Pharmacy Deductible** | N/A | Individual: $450 Family: $900 | Individual: $50 Family: $100 | Individual: $50 Family: $100 | Individual: $50 Family: $100 | N/A | N/A | N/A |
| **Annual Out-of-Pocket Max** | Individual: $12,000 Family: $24,000 | Individual: $11,650 Family: $23,300 | Individual: $11,650 Family: $23,300 | Individual: $9,600 Family: $19,200 | Individual: $4,000 Family: $8,000 | Individual: $3,000 Family: $6,000 | Individual: $9,600 Family: $19,200 | Individual: $5,500 Family: $11,000 |

Drug prices are for a 30-day supply.

Deductible = The amount you pay before the plan pays.

1. Copay is for any combination of services (specialist) for the first three visits. After three visits, future visits will be at full cost until the medical deductible is met.
2. Price is after pharmacy deductible amount is met.
3. See plan Evidence of Coverage for imaging cost share.

Covered California may approve deviations from the benefit plan designs for certain services on a case-by-case basis if necessary to comply with the California Mental Health Parity Act or federal Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA).

ENG-0926 | D-CCA-XXXXXXXX