

Bảo hiểm

cách hoạt động của
bảo hiểm





vì sao bảo hiểm y tế lại quan trọng

Bảo hiểm y tế là một trong những cách tốt nhất quý vị có thể tự bảo vệ bản thân và gia đình mình trong trường hợp quý vị bị bệnh hay bị thương và cần chăm sóc y tế. Bảo hiểm y tế cũng giúp quý vị nhận được chăm sóc y tế và nha khoa thường xuyên mà quý vị cần để giữ sức khỏe. Với bảo hiểm y tế, quý vị không cần hoãn các đợt kiểm tra sức khỏe, sử dụng phòng cấp cứu cho các nhu cầu sức khỏe hàng ngày, hoặc đến phòng khám sức khỏe cộng đồng với thời gian chờ đợi dài. Quý vị có thể chăm sóc sức khỏe của mình ngay hôm nay, thay vì chờ đến khi quý vị phải đi cấp cứu. Nhờ Đạo luật Bảo hiểm y tế Toàn dân (Affordable Care Act, ACA), hiện nay hàng triệu người có khả năng có bảo hiểm y tế.

ACA cũng quy định rằng tất cả mọi người ở Mỹ phải có bảo hiểm y tế. Nếu quý vị không mua bảo hiểm y tế, quý vị có thể phải trả thêm tiền thuế dưới dạng tiền phạt.

Bảo hiểm Y tế Là Gì?

Bảo hiểm y tế là một hợp đồng ký kết với một công ty bảo hiểm y tế mà quy định công ty đó phải trả cho một số chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Điều đó không có nghĩa là họ sẽ trả cho tất cả mọi thứ. Quý vị vẫn sẽ có trách nhiệm phải trả một số chi phí, như phí bảo hiểm hàng tháng của mình và các khoản đồng thanh toán của quý vị khi đến bác sĩ.

Với bảo hiểm y tế, quý vị có thể gặp bác sĩ khi cần, dù đó là kiểm tra thường xuyên để giữ sức khỏe hoặc khi quý vị bị bệnh.

Hiện nay quý vị có thể mua bảo hiểm y tế thông qua Chợ Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Marketplace).

Chợ Bảo hiểm Y tế (còn gọi là Sàn Giao dịch Bảo hiểm y tế tại một số tiểu bang) là một phương pháp mới để giúp quý vị tìm và mua bảo hiểm. Bảo hiểm này đáp ứng cho nhiều nhu cầu y tế của quý vị hơn, bao gồm các lần đến bác sĩ để giúp quý vị giữ sức khỏe.

Bảo hiểm này có thể có giá cả phải chăng hơn, với các chương trình khác nhau để lựa chọn tùy thuộc vào dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ là mình sẽ cần. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện cho các khoản tín dụng thuế của chính phủ mà có thể giúp bảo hiểm y tế của quý vị thậm chí còn bớt tốn kém hơn.

Những người có bảo hiểm y tế có thể chăm sóc sức khỏe của mình tốt hơn. Họ có khả năng kiểm tra sức khỏe thường xuyên do đó vấn đề nhỏ về sức khỏe sẽ không trở thành vấn đề lớn. Với bảo hiểm y tế quý vị không cần phải đến các phòng khám cộng đồng đông người, hoặc chờ đợi lâu để được chăm sóc y tế. Quý vị nhận được chăm sóc tốt hơn và nhanh hơn nhằm giúp quý vị khỏe mạnh hơn.

Quý vị có thắc mắc về các tùy chọn bảo hiểm của mình không? Quý vị luôn có thể tìm kiếm và tìm thấy hỗ trợ địa phương trên trang web Chợ tại:

www.localhelphealthcare.gov





Nếu quý vị hay người quen của quý vị có thắc mắc về Chợ, quý vị có quyền được nhận giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi cho Chợ theo số 1-800-318-2596.

Các Chương trình Bảo hiểm Y tế

Có nhiều loại chương trình khác nhau mà mọi người có thể đủ điều kiện tham gia. Nhiều người nhận được bảo hiểm y tế thông qua công việc của họ dưới dạng phúc lợi. Họ có thể trả một khoản phí nhỏ mỗi tháng cho bảo hiểm của mình, hoặc không phải trả khoản phí nào cả, tùy thuộc vào công ty mà họ làm việc. Những người khác nhận Medicaid, là bảo hiểm của tiểu bang. Ngoài ra còn có các chương trình bảo hiểm y tế khác, như Medicare, dành cho người cao tuổi từ 65 tuổi trở lên, hoặc Chương trình Bảo hiểm Y tế cho Trẻ em (Children's Health Insurance Program, CHIP), chỉ dành cho trẻ em. Những chương trình này có quy định đặc biệt.

Những người không nhận được bảo hiểm qua công việc của mình, Medicaid, Medicare hoặc CHIP thì phải tự mua bảo hiểm. Bảo hiểm đã từng rất tốn kém, và đôi khi không trả tiền cho đủ dịch vụ chăm sóc.

**BẢO HIỂM Y TẾ QUA
CÔNG VIỆC**

MEDICAID

MEDICARE

**CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CHO
TRẺ EM**

**BẢO HIỂM Y TẾ TƯ NHÂN QUÝ
VỊ TỰ MUA**



Những Gì Đã Thay đổi trong Bảo hiểm Y tế

ACA thay đổi cách bảo hiểm y tế hoạt động. Một số thay đổi là:

- Cha mẹ có thể giữ con cái trong chương trình bảo hiểm y tế của mình đến khi con cái họ 26 tuổi.
- Các công ty bảo hiểm không thể từ chối những người đã có các tình trạng y tế, đôi khi được gọi là “tình trạng từ trước.” Trước đây, một công ty có thể quyết định không bảo hiểm cho một người vì người đó có một tình trạng y tế như bệnh tiểu đường, hoặc vì người đó đã bị ung thư trong quá khứ. *Hiện nay tất cả mọi người đều phải được chấp nhận.*
- Các công ty bảo hiểm không thể hủy bỏ chương trình bảo hiểm của một người nếu người đó bị bệnh.
- Các công ty bảo hiểm không thể thiết lập một giới hạn về số hóa đơn y tế mà họ sẽ trả cho một người trong chương trình bảo hiểm của họ.
- Hiện nay chăm sóc phòng ngừa là miễn phí. Bảo hiểm của quý vị không thể tính hóa đơn quý vị cho các lần đến bác sĩ của trẻ sơ sinh, tiêm chủng, kiểm tra sức khỏe hàng năm, khám sàng lọc và chăm sóc khác mà giúp quý vị giữ sức khỏe.
- Quý vị có thể mua bảo hiểm tại Chợ Bảo hiểm Y tế (Chợ). Trước đây, nếu công việc của quý vị không cung cấp bảo hiểm y tế cho quý vị, quý vị phải tự mua bảo hiểm và thường rất tốn kém.
- Hiện nay các chương trình bảo hiểm y tế phải đài thọ một số chăm sóc nhất định. Trước đây, mỗi công ty tự quyết định họ sẽ trả cho những gì và với số tiền bao nhiêu.

Mỗi năm sẽ có một thời gian ghi danh mở cho các cá nhân để đăng ký bảo hiểm y tế. Tìm hiểu thêm tại www.healthcare.gov.

Phúc lợi Sức khỏe Thiết yếu

ACA cũng đảm bảo rằng tất cả các chương trình bảo hiểm y tế cung cấp những phúc lợi sau đây, được gọi là phúc lợi sức khỏe thiết yếu. Hiện nay mỗi chương trình bảo hiểm y tế phải cung cấp cho quý vị tối thiểu các phúc lợi này:

- > chăm sóc quý vị nhận được mà không nhập viện (gọi là dịch vụ bệnh nhân ngoại trú)
- > chăm sóc tại phòng cấp cứu
- > chăm sóc tại bệnh viện
- > chăm sóc thai sản và trẻ sơ sinh
- > chăm sóc sức khỏe tinh thần và sử dụng dược chất
- > thuốc theo toa
- > dịch vụ và thiết bị phục hồi chức năng và phụ trợ cuộc sống
- > dịch vụ phòng thí nghiệm
- > dịch vụ phòng ngừa và bảo vệ sức khỏe và kiểm soát bệnh mạn tính
- > dịch vụ cho trẻ em, bao gồm chăm sóc miệng và thị lực.



Chăm sóc Phòng ngừa

Chăm sóc phòng ngừa nghĩa là chăm sóc giúp quý vị giữ sức khỏe. Đây là những dịch vụ phòng ngừa hoặc giúp quý vị không bị ốm. Điều đó cũng tốt hơn cho sức khỏe và khả năng tận hưởng cuộc sống của quý vị. Không ai muốn bị ốm.

Do đó, ACA có một quy tắc nêu rõ là hiện nay bảo hiểm y tế phải luôn bao gồm chăm sóc phòng ngừa miễn phí.

Một ví dụ tốt về chăm sóc phòng ngừa là tiêm chủng. Khi quý vị được tiêm phòng cúm trong mùa cúm, điều đó nghĩa là quý vị sẽ không bị cúm, hoặc quý vị sẽ bị ốm nhẹ hơn nếu bị cúm.

Vì tiêm chủng là chăm sóc phòng ngừa, bảo hiểm y tế của quý vị sẽ trả 100% chi phí, do đó vắc-xin của quý vị là miễn phí.

Những loại chăm sóc phòng ngừa khác là:

- **KHÁM SÀNG LỌC.** Kiểm tra để xem có bị cao huyết áp, trầm cảm hoặc các vấn đề y tế khác có thể gây ra vấn đề sức khỏe nghiêm trọng không. Nếu những bệnh này được phát hiện sớm, việc điều trị sẽ dễ dàng hơn và có thể hiệu quả hơn.
- **SỨC KHỎE TRẺ EM.** Dịch vụ sức khỏe cho trẻ em như kiểm tra chứng tự kỷ, kiểm tra thính giác ở trẻ sơ sinh và thị giác ở trẻ em khi lớn lên, và tiêm chủng cho trẻ em.
- **SỨC KHỎE NAM GIỚI.** Dịch vụ sức khỏe cho nam giới như khám sàng lọc ung thư ruột kết và khám sàng lọc cho việc sử dụng aspirin để phòng ngừa bệnh tim.
- **SỨC KHỎE PHỤ NỮ.** Dịch vụ sức khỏe cho phụ nữ như chụp X quang vú, kiểm tra ung thư cổ tử cung, cung cấp biện pháp phòng tránh thai.

Phí bảo hiểm và Đồng thanh toán

Phí bảo hiểm và đồng thanh toán là hai loại chi phí khác nhau mà là một phần của việc có bảo hiểm y tế và chăm sóc sức khỏe.

PHÍ BẢO HIỂM là số tiền quý vị phải trả mỗi tháng cho công ty bảo hiểm của mình để có bảo hiểm. Ví dụ như khi quý vị mua bảo hiểm ô tô, quý vị trả tiền cho công ty bảo hiểm hàng tháng, và bảo hiểm y tế cũng giống như vậy. Nếu quý vị không trả phí bảo hiểm y tế của mình, bảo hiểm y tế của quý vị sẽ bị hủy bỏ.

ĐỒNG THANH TOÁN là một số tiền cố định quý vị phải trả mỗi khi quý vị cần được chăm sóc y tế - ví dụ như nếu quý vị đến bác sĩ, được xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, hoặc đến bệnh viện. Các chương

trình khác nhau có các khoản đồng thanh toán khác nhau. Một số chương trình không có khoản đồng thanh toán nào cả, trong khi trong một số trường hợp, quý vị có thể phải trả \$10 hoặc \$25. Sẽ có các khoản đồng thanh toán khác cho các lần đến phòng thí nghiệm, các xét nghiệm khác, các lần đến phòng cấp cứu hoặc nằm viện.

Khi quý vị chọn chương trình bảo hiểm quý vị muốn mua, một phần sự lựa chọn của quý vị là về việc quý vị muốn có phí bảo hiểm hàng tháng và các khoản đồng thanh toán thấp hay cao. Mỗi người hoặc gia đình quyết định kế hoạch nào là tốt nhất cho họ dựa trên mức độ thường xuyên họ nghĩ họ sẽ cần được chăm sóc y tế.

TRẢ HÓA ĐƠN PHÍ BẢO HIỂM HÀNG THÁNG CỦA QUÝ VỊ TẠI NHÀ



TRẢ MỘT KHOẢN ĐỒNG THANH TOÁN TẠI PHÒNG MẠCH BÁC SĨ



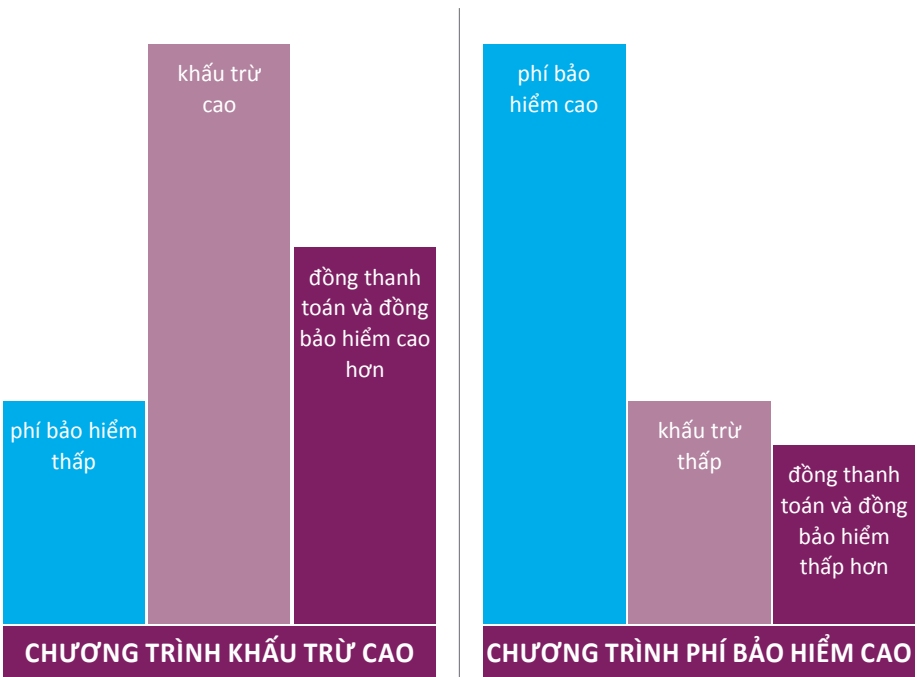
Khấu trừ và Đồng bảo hiểm

KHẤU TRỪ

Một số chương trình bảo hiểm có một khoản khấu trừ. Đây là một số tiền cố định mà quý vị phải trả trước khi công ty bảo hiểm bắt đầu trả cho một số dịch vụ nhất định. Khi quý vị có một khoản khấu trừ cao, phí bảo hiểm y tế của quý vị (hóa đơn bảo hiểm y tế hàng tháng của quý vị) thường thấp hơn. Một số người chọn một khoản khấu trừ cao nếu họ nghĩ rằng họ sẽ không cần nhiều chăm sóc y tế, vì khi đó các khoản thanh toán hàng tháng của họ sẽ thấp hơn. Một khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ trong năm của mình, công ty bảo hiểm của quý vị có thể trả cho một phần chi phí chăm sóc sức khỏe lớn hơn của quý vị. Hình dưới đây có thể giúp quý vị hiểu điều này rõ hơn.

ĐỒNG BẢO HIỂM

Tùy thuộc vào chương trình bảo hiểm của quý vị, bảo hiểm của quý vị có thể chỉ trả một tỷ lệ phần trăm hoặc một phần chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị. Ví dụ, nếu bảo hiểm của quý vị trả 80% chi phí chụp X quang, và chi phí chụp X quang của quý vị là \$100, bảo hiểm của quý vị sẽ trả \$80 và quý vị trả \$20. Một số người chọn trả phí bảo hiểm hàng tháng nhiều hơn để họ có chi phí đồng bảo hiểm thấp hơn hoặc không có chi phí đồng bảo hiểm.



Cách Khấu trừ Hoạt động

Để hiểu cách khấu trừ hoạt động, đây là ví dụ về một người tên John. John có một khoản khấu trừ \$500. Trước khi bảo hiểm của John trả 100% cho một số dịch vụ, John sẽ phải trả \$500 tiền túi của mình.



\$500
Khấu trừ

\$500
– \$100
—————
\$400
– \$125
—————
\$275
– \$275
—————
0

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ NHẤT

John phải trả \$100 chụp X quang. Khoản khấu trừ của anh vẫn còn lại \$400.

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ HAI

John trả một khoản đồng thanh toán \$20 (khoản này không tính cho khoản khấu trừ của anh).

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ BA

John được lấy máu để làm xét nghiệm và trả \$125.

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ TƯ

John phải cấp cứu và trả \$275 tại ER.

BÂY GIỜ KHOẢN KHẤU TRỪ BẰNG KHÔNG

Khi John trả hết khoản khấu trừ của mình thì một số dịch vụ nhất định sẽ được đài thọ 100%. Ví dụ, nếu anh phải chụp X quang một lần nữa anh sẽ không phải trả tiền.

Mỗi chương trình đều khác nhau, vì vậy điều quan trọng là phải xem xét tất cả các chi tiết.

Cách khoản Tiền Túi Tối đa Hoạt động

Mỗi chương trình bảo hiểm có một khoản tiền túi tối đa-một giới hạn về số tiền quý vị phải trả cho chăm sóc sức khỏe trong một năm. Sau khi quý vị đạt đến khoản tối đa, quý vị sẽ không phải trả phần này của chi phí nữa. Ví dụ dưới đây có thể giúp quý vị hiểu rõ hơn.



Khoản Tiền Túi Tối đa \$1,000

0
+ \$100

\$100
+ \$20

\$120
+ \$125

\$245
+ \$275

\$520
+ \$480

\$1,000

TRƯỚC CHI PHÍ ĐẦU TIÊN

Vào đầu năm, John chưa tiêu đồng nào được tính cho khoản tiền túi tối đa 1000\$ của mình.

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ NHẤT

John phải trả \$100 chụp X quang.

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ HAI

John trả một khoản đồng thanh toán \$20.

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ BA

John được lấy máu để làm xét nghiệm và trả \$125.

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ TƯ

John phải cấp cứu và trả \$275 tại ER.

LẦN KHÁM Y TẾ THỨ NĂM

John phải nhập viện. Hóa đơn của anh là hơn \$10,000, nhưng anh chỉ trả \$480 vì anh đã đạt đến khoản tiền túi tối đa \$1,000 của mình.

Mạng lưới

Công ty bảo hiểm y tế của quý vị làm việc với một nhóm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và phòng thí nghiệm. Họ có thỏa thuận về số tiền họ sẽ tính, và họ có thể ở trong một khu vực của tiểu bang của quý vị hoặc trong các tiểu bang lân cận. Nhóm này được gọi là mạng lưới.

ĐẾN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRONG MẠNG LƯỚI

Khi quý vị đăng ký với một công ty bảo hiểm y tế, quý vị nên đến các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của công ty bảo hiểm đó. Điều này nghĩa là những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chấp nhận chương trình bảo hiểm của quý vị. Nếu quý vị muốn nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới quý vị có thể phải tự trả tiền. Đó là lý do vì sao nếu quý vị đã có một bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp y tế khác mà quý vị muốn sử dụng, quý vị phải chắc chắn rằng họ thuộc mạng lưới của một công ty bảo hiểm y tế trước khi quý vị chọn chương trình bảo hiểm đó.

ĐẾN CÁC NHÀ CUNG CẤP NGOÀI MẠNG LƯỚI

Một số chương trình bảo hiểm sẽ cho phép quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng bằng cách trả nhiều hơn cho lần khám, nhưng việc kiểm tra xem bác sĩ của quý vị có nhận bảo hiểm của quý vị không là tùy vào quý vị. Trang tiếp theo cung cấp thêm thông tin về các loại chương trình bảo hiểm y tế khác nhau có sẵn.



Loại Chương trình Bảo hiểm Y tế

<p>HMO (Tổ chức Duy trì Sức khỏe) và EPO (Tổ chức Nhà cung cấp Độc quyền)</p>	<p>PPO (Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên) và POS (Chương trình Điểm Dịch vụ)</p>
<p>Khi quý vị chọn một chương trình bảo hiểm HMO hoặc EPO, bảo hiểm của quý vị sẽ chỉ trả cho các bác sĩ, bệnh viện và dịch vụ chăm sóc khác nếu họ thuộc mạng lưới của chương trình bảo hiểm của quý vị. Nếu quý vị muốn đến một bác sĩ hay bệnh viện khác, quý vị sẽ phải tự trả tiền.</p> <p>HMO cũng thường yêu cầu quý vị phải có giới thiệu từ bác sĩ chính của mình để đến một bác sĩ chuyên khoa như bác sĩ chuyên khoa nội tiết hoặc bác sĩ trị liệu, nhưng EPO thường không yêu cầu như vậy.</p>	<p>Với những chương trình này, quý vị có thể chọn bất kỳ bác sĩ hay bệnh viện nào. Nếu quý vị chọn những bác sĩ hoặc bệnh viện thuộc mạng lưới của chương trình bảo hiểm, chi phí sẽ thấp hơn.</p> <p>Với chương trình PPO, quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ nào mà không cần giới thiệu. Nếu quý vị có một chương trình POS, quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ nào trong chương trình mà không cần giới thiệu, nhưng các bác sĩ ngoài chương trình thì cần giới thiệu.</p>
<p>HDHP (Chương trình bảo hiểm Y tế Khấu trừ Cao)</p>	<p>Chương trình Tai nạn</p>
<p>HDHP thường có phí bảo hiểm thấp và các khoản khấu trừ cao so với các chương trình khác. Với HDHP, quý vị có thể sử dụng một tài khoản tiết kiệm y tế hoặc một kế hoạch hoàn tiền y tế để trả cho một số chi phí y tế. Điều này nghĩa là nhà tuyển dụng của quý vị lấy một phần tiền lương của quý vị và chuyển vào một tài khoản tiết kiệm đặc biệt. Khi quý vị cần tiền cho việc chăm sóc y tế, quý vị có thể lấy từ tài khoản đó.</p>	<p>Người dưới 30 tuổi hoặc những người được miễn trừ khó khăn có thể mua một chương trình “tai nạn”. Chương trình này chủ yếu bảo vệ quý vị khỏi chi phí y tế rất cao trong trường hợp bị thương nặng, chẳng hạn như trong một tai nạn xe hơi. Phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhưng các mức khấu trừ lại cao.</p>



Nộp đơn xin Bảo hiểm

Chợ giúp mọi người mua bảo hiểm y tế và tìm hiểu xem liệu họ có thể đủ điều kiện cho phúc lợi thuế, còn được gọi là trợ cấp, mà sẽ giúp bảo hiểm y tế ít tốn kém hơn.

LÀM VIỆC VỚI NGƯỜI HƯỚNG DẪN HOẶC NHÀ TƯ VẤN LÀM ĐƠN ĐƯỢC CHỨNG NHẬN (CERTIFIED APPLICATION COUNSELOR)

Quý vị có thể tự nộp đơn xin bảo hiểm y tế qua Chợ, hoặc qua điện thoại hoặc qua internet. Nhưng vì việc làm đơn xin bảo hiểm đôi khi có thể khá phức tạp, có những người được đào tạo để giúp quý vị, chẳng hạn như Người hướng dẫn hoặc Nhà tư vấn Làm đơn được Chứng nhận (CAC), họ làm việc với Chợ để giúp quý vị hiểu các lựa chọn của mình. Họ có thể giúp quý vị làm đơn. Họ có thể giúp quý vị biết các chi phí sẽ là bao nhiêu, dựa trên số tiền quý vị kiếm được và số người trong gia đình của quý vị. Họ cũng có thể trả lời thắc mắc của quý vị về cách bảo hiểm y tế hoạt động và cách bảo hiểm có thể giúp quý vị.

NỘP ĐƠN XIN BẢO HIỂM

Đơn xin bảo hiểm y tế qua Chợ sẽ hỏi quý vị về số tiền quý vị kiếm được, số người trong gia đình của quý vị, nơi quý vị sống, quý vị có những chi phí gì và một số điều khác nữa. Điều này sẽ giúp quý vị biết quý vị có khả năng trả bao nhiêu cho bảo hiểm y tế, và quý vị có đủ điều kiện cho tín dụng thuế để giúp chi phí bảo hiểm của quý vị bớt tốn kém hơn không. Người hướng dẫn hoặc CAC của quý vị có thể cho quý vị biết về các tài liệu phải mang đến cuộc họp của quý vị, chẳng hạn như cuống phiếu lương từ công việc của quý vị, bản khai thuế, hoặc giấy tờ nhập cư của quý vị. Mất khoảng một giờ để điền đơn với sự giúp đỡ của Người hướng dẫn hoặc CAC.

Trả tiền Bảo hiểm Y tế của Quý vị

Xin nhớ rằng bảo hiểm y tế là một hợp đồng mà quý vị ký kết với công ty bảo hiểm y tế. Đăng ký cho bảo hiểm y tế là bước đầu tiên. Bước tiếp theo của quý vị là trả tiền bảo hiểm y tế.

Quý vị sẽ cần trả một hóa đơn bảo hiểm mỗi tháng để duy trì bảo hiểm của mình. Bây giờ bảo hiểm y tế phải là một phần ngân sách hàng tháng của quý vị. Cũng giống như quý vị trả tiền thuê nhà và các tiện ích, quý vị cũng phải trả tiền bảo hiểm y tế của mình, hoặc bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ. Nếu điều này xảy ra và quý vị cần đến bác sĩ hoặc dịch vụ chăm sóc y tế khác, quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ số tiền này.

Một vài ngày sau khi quý vị đăng ký bảo hiểm y tế thông qua Chợ, quý vị sẽ nhận được hóa đơn đầu tiên của

mình. Hóa đơn này đến từ công ty bảo hiểm mới của quý vị và sẽ cho quý vị biết phải trả bao nhiêu tiền. Số tiền này phải giống như số tiền quý vị đã đồng ý khi quý vị đăng ký.

Nếu quý vị có thắc mắc về bảo hiểm của mình trong tương lai, như chi phí cho các dịch vụ là bao nhiêu hoặc ai sẽ là bác sĩ của quý vị, hãy gọi cho công ty bảo hiểm của quý vị, không gọi cho Chợ. Đừng ngần ngại yêu cầu giúp đỡ từ Người hướng dẫn, CAC, hoặc công ty bảo hiểm của quý vị.



Giới thiệu về Mental Health America

Mental Health America (www.mentalhealthamerica.net), thành lập năm 1909, là mạng lưới tại cộng đồng hàng đầu của đất nước, dành riêng để giúp người Mỹ hạnh phúc bằng cách sống cuộc sống tinh thần lành mạnh hơn. Với 240 chi nhánh trên toàn quốc, chúng tôi tiếp xúc với cuộc sống của hàng triệu người-Vận động cho những thay đổi trong chính sách sức khỏe tinh thần và bảo vệ sức khỏe; Giáo dục công chúng và cung cấp thông tin quan trọng; và cung cấp các Chương trình và Dịch vụ sức khỏe tinh thần và bảo vệ sức khỏe bức thiết.

Dự án này được hỗ trợ bởi Funding Opportunity
Số CA-NAV-13-001 từ Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh,
Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid.

Nội dung trong tài liệu này hoàn toàn là trách nhiệm của các tác giả và không nhất thiết phản ánh quan điểm chính thức của HHS hoặc bất kỳ cơ quan nào của Bộ.



2000 N. Beauregard Street, 6th Floor
Alexandria, VA 22311
Số điện thoại miễn phí: 800-969-6642
mentalhealthamerica.net