

# Hiểu về bảo hiểm sức khỏe

Các chương trình bảo hiểm y tế giúp bảo vệ quý vị khỏi phải trả chi phí chăm sóc sức khỏe cao. Đó là một hợp đồng giữa quý vị và công ty chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Quý vị mua một chương trình hoặc chính sách và công ty đồng ý thanh toán một phần chi phí của quý vị khi quý vị cần chăm sóc sức khỏe.

Nhiều người ở Hoa Kỳ nhận được chính sách bảo hiểm sức khỏe thông qua chủ lao động của họ. Trong hầu hết các trường hợp, chủ lao động sẽ giúp thanh toán cho chương trình bảo hiểm y tế đó. Các chương trình bảo hiểm y tế thông qua người sử dụng lao động thường đi kèm với một kế hoạch chăm sóc có quản lý. Các chương trình này thuê các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và văn phòng chăm sóc sức khỏe để chăm sóc cho các thành viên với chi phí thấp hơn. Quý vị cũng có thể tự mua các chương trình bảo hiểm y tế thông qua một công ty bảo hiểm sức khỏe tư nhân hoặc thông qua [thị trường bảo hiểm sức khỏe](#) của DC.

Những người đáp ứng các nhu cầu nhất định có thể nhận được một chương trình bảo hiểm y tế của chính phủ, chẳng hạn như [Medicare](#) và [Medicaid](#). Đạo Luật Chăm Sóc Giá Phải Chăng làm cho các chương trình bảo hiểm y tế hợp có giá phải chăng hơn đối với nhiều người ở Hoa Kỳ.

## Chương trình bảo hiểm y tế đài thọ/ không đài thọ những gì

Công ty chương trình bảo hiểm y tế của quý vị có thể yêu cầu quý vị thanh toán cho một số dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được. Điều

này thường được gọi là chia sẻ chi phí vì quý vị chia sẻ hoặc thanh toán một số chi phí và công ty bảo hiểm y tế của quý vị thanh toán phần còn lại. Có nhiều loại chi phí mà quý vị có thể phải trả. Những loại chi phí này là:

**Khoản đồng thanh toán:** Đôi khi khoản chi phí này được gọi là "tiền đồng trả." Đây thường là số tiền cố định mà quý vị phải trả cho một lần thăm khám, xét nghiệm hoặc thuốc. Các khoản đồng thanh toán thường thấp hơn đối với các bác sĩ gia đình so với các bác sĩ chuyên khoa.

**Khoản khấu trừ:** Đây là số tiền quý vị cần trả mỗi năm trước khi nhóm chương trình bảo hiểm y tế chi trả tất cả các chi phí còn lại. Nó thường được gọi là "đáp ứng khoản khấu trừ của quý vị." Nếu quý vị khỏe mạnh và không sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường xuyên, việc có một khoản khấu trừ cao và chi phí hàng tháng thấp cho một chương trình bảo hiểm y tế có thể hợp lý. Tuy nhiên, nếu quý vị bị bệnh, thì chi phí của quý vị có thể cao hơn.

**Khoản đồng bảo hiểm:** Sau khi quý vị đã đáp ứng khoản khấu trừ của mình trong năm, một số công ty bảo hiểm vẫn yêu cầu đồng bảo hiểm. Đây là phần trăm chi phí mà quý vị sẽ vẫn phải trả cho một số dịch vụ.

Tất cả điều này có thể không rõ ràng. Điều quan trọng là phải biết phạm vi chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cung cấp trước khi quý vị ký. Gọi cho công ty chương trình bảo hiểm y tế của quý vị nếu quý vị không biết hoặc nói chuyện với bác sĩ của quý vị để có câu trả lời cho câu hỏi của quý vị.

# Hiểu về bảo hiểm sức khỏe

## Đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm/hỗ trợ công cộng

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho:

- Những người từ 65 tuổi trở lên
- Một số thanh niên khuyết tật
- Những Người Mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc cấy ghép, đôi khi được gọi là ESRD)

Chương trình hỗ trợ chi phí chăm sóc sức khỏe, nhưng nó không đài thọ tất cả các chi phí y tế hoặc chi phí cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc dài hạn. quý vị có các lựa chọn về cách quý vị nhận được bảo hiểm Medicare. Nếu quý vị chọn có bảo hiểm Original Medicare (Phần A và Phần B), quý vị có thể mua hợp đồng Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (Medigap) từ một nhóm chương trình bảo hiểm y tế tư nhân. Tìm hiểu thêm tại đây.

Medicaid cung cấp các chương trình bảo hiểm y tế cho hàng triệu người Mỹ, chẳng hạn như người lớn đủ điều kiện có thu nhập thấp, trẻ em, phụ nữ mang thai, người lớn tuổi và người khuyết tật. Medicaid được vận hành bởi các tiểu bang, theo quy định của liên bang. Chương trình được tài trợ chung bởi các tiểu bang và chính phủ liên bang. Tìm hiểu [thêm tại đây](#).

DC ký hợp đồng với 3 Tổ Chức Chăm Sóc Có Quản Lý (MCO) của Medicaid để cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ cho Chương trình Gia đình Lành mạnh của DC, Liên minh Chăm sóc Sức khỏe DC và Chương trình dành cho Trẻ em Nhập cư.

MCO hiện tại là:

- CareFirst Community Health Plan District of Columbia
- AmeriHealth Caritas District of Columbia
- Medstar Family Choice

Để biết thêm thông tin về các chương trình DC, hãy nhấp vào [đây](#).

## Liên hệ với bác sĩ, chương trình bảo hiểm y tế hoặc cơ quan Medicaid hoặc CHIP của tiểu bang nếu có bất kỳ câu hỏi nào

Quý vị có quyền giúp quyết định cách chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị mà quý vị muốn nhận. Theo luật, các bác sĩ trong chương trình sức khỏe của quý vị phải làm rõ vấn đề sức khỏe của quý vị và các lựa chọn chăm sóc cho quý vị.

Chấp thuận sau khi thông hiểu nghĩa là:

- Quý vị đã được cập nhật thông tin. Quý vị đã nhận được thông tin về vấn đề sức khỏe và các lựa chọn chăm sóc của mình.
- Quý vị biết vấn đề sức khỏe của quý vị và các lựa chọn chăm sóc.
- Quý vị có thể quyết định phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe mà mình muốn nhận và đồng ý để nhận.

Để có được mẫu chấp thuận sau khi thông hiểu của quý vị, bác sĩ của quý vị có thể nói chuyện với quý vị về việc chăm sóc. Sau đó, quý vị sẽ đọc một mô tả về nó và ký vào một biểu mẫu. Đây là mẫu chấp thuận sau khi thông hiểu bằng văn bản. Hoặc bác sĩ của quý vị có thể đưa ra phương pháp điều trị rõ ràng cho quý vị và sau đó hỏi xem quý vị có đồng ý điều trị hay không. Không phải tất cả các phương pháp điều trị sức khỏe đều cần có mẫu chấp thuận sau khi thông hiểu bằng văn bản.