H8794_27A009VI_M
4422927541_S001_009_VI
PBP #: 009

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) được cung cấp bởi Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Khu Vực Miền Nam California

Thông Báo Hàng Năm về Thay Đổi năm 2027

Giới Thiệu

Quý vị hiện đã được ghi danh làm hội viên trong chương trình của chúng tôi. Năm sau, sẽ có một số thay đổi đối với quyền lợi, phạm vi bảo hiểm, quy tắc và chi phí của chúng tôi. *Thông Báo Hàng Năm về Thay Đổi* này cho quý vị biết về những thay đổi đó và nơi tìm thêm thông tin có liên quan. Để biết thêm thông tin về chi phí, quyền lợi hoặc quy tắc, vui lòng xem lại *Cẩm Nang Hội Viên (Member Handbook)*, có trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org/eocscal (bằng tiếng Anh). Quý vị hãy gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để nhận bản sao qua bưu điện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa tương ứng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Các nguồn tài liệu bổ sung khác

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng Tiếng Ả Rập, Tiếng Armenia, Tiếng Campuchia, Tiếng Trung, Tiếng Ba Tư, Tiếng Hàn, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog và Tiếng Việt.
- Quý vị có thể nhận miễn phí *Thông Báo Hàng Năm về Thay Đổi* này ở các định dạng khác như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille, tệp âm thanh hoặc tệp dữ liệu. Gọi số 1-800-443-0815 (TTY 711).
- Gọi số 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần, để yêu cầu:
  - Ngôn ngữ ưu tiên khác ngoài Tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế.
  - Yêu cầu thêm vào địa chỉ, thông tin liên lạc thường dùng để trao đổi trong tương lai **và**
  - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưu tiên mà quý vị thường dùng.

OMB Approval 0938-1444 (Expires 05/31/2029)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່.
ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Mục Lục

A. Tuyên bố không chịu trách nhiệm 9

B. Xem lại phạm vi bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới 9

B1. Thông tin về chương trình chúng tôi 10

B2. Những việc quan trọng cần làm 11

C. Thay đổi đối với tên chương trình của quý vị 12

D. Các thay đổi đối với nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi 12

E. Thay đổi đối với quyền lợi và chi phí cho năm tới 13

E1. Thay đổi đối với quyền lợi và chi phí cho các dịch vụ y tế 13

E2. Những thay đổi về phạm vi bảo hiểm thuốc 18

E3. Giai đoạn 1: “Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu” 20

E4. Giai đoạn 2: “Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương” 22

F. Các thay đổi hành chính 23

G. Chọn một chương trình 23

G1. Tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi 23

G2. Đổi chương trình 23

H. Nhận giúp đỡ 29

H1. Chương trình của chúng tôi 29

H2. Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) 29

H3. Chương Trình Thanh Tra Viên 30

H4. Medicare 30

H5. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California 31

H6. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare 31

A. Tuyên bố không chịu trách nhiệm

- Kaiser Permanente là chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (dual eligible special needs plan, D-SNP) của Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (Health Maintenance Organization, HMO) có hợp đồng với Medicare và chương trình Medi-Cal. Việc ghi danh tham gia chương trình của Kaiser Permanente tùy thuộc vào tình hình gia hạn hợp đồng.

- Quyền lợi thực phẩm tốt cho sức khỏe thuộc chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mãn tính. Không phải hội viên nào cũng đủ tiêu chuẩn. Hội viên phải mắc các bệnh trạng mãn tính cụ thể như bệnh tiểu đường, béo phì, rối loạn nhịp tim, viêm khớp xương mãn tính hoặc bệnh thận mãn tính thì mới hội đủ điều kiện. Có những bệnh trạng khác có thể giúp quý vị đủ tiêu chuẩn được hưởng quyền lợi. Không thể đảm bảo tình trạng hội đủ điều kiện được hưởng quyền lợi này chỉ dựa trên bệnh trạng của quý vị. Phải đáp ứng tất cả các yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện hiện hành trước khi được cung cấp quyền lợi. Để biết thêm thông tin chi tiết, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

B. Xem lại phạm vi bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới

Quý vị cần xem lại phạm vi bảo hiểm của mình tại thời điểm này để đảm bảo phạm vi bảo hiểm đó sẽ vẫn đáp ứng nhu cầu của quý vị trong năm tới. Nếu phạm vi đó không đáp ứng nhu cầu của quý vị, quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Hãy tham khảo **Mục E** để biết thêm thông tin về những thay đổi đối với quyền lợi của quý vị trong năm tới.

Nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi, tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà quý vị đưa ra yêu cầu. Quý vị sẽ vẫn tham gia các chương trình Medicare và Medi-Cal, miễn là quý vị đủ điều kiện.

Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Mục G2**.
- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal trong **Mục G2**.

B1. Thông tin về chương trình chúng tôi

- Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete South P9 là chương trình bảo hiểm sức khỏe ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho hội viên.
- Khi *Thông Báo Hàng Năm về Thay Đổi* này nhắc tới “chúng tôi”, “của chúng tôi” hoặc “chương trình của chúng tôi”, nghĩa là nhắc tới Chương Trình Medicare Medi-Cal.

B2. Những việc quan trọng cần làm

- **Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào đối với các quyền lợi và chi phí của chúng tôi mà có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Có bất kỳ thay đổi nào ảnh hưởng đến các dịch vụ quý vị sử dụng không?
  - Xem xét thay đổi về quyền lợi và chi phí để đảm bảo những thay đổi đó sẽ phù hợp với quý vị trong năm tới.
  - Tham khảo **Mục E1** để biết thông tin về thay đổi đối với quyền lợi và chi phí cho chương trình của chúng tôi.
- **Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào đối với bảo hiểm thuốc của chúng tôi có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Thuốc của quý vị có được đài thọ không? Bậc chia sẻ chi phí của thuốc có thay đổi không? Quý vị có thể giữ nguyên các nhà thuốc không? Sẽ có bất kỳ thay đổi nào như sự cho phép trước không?
  - Xem xét các thay đổi để đảm bảo phạm vi bảo hiểm thuốc của chúng tôi sẽ phù hợp với quý vị trong năm tới.
  - Tham khảo **Mục E2** để biết thông tin về những thay đổi đối với phạm vi bảo hiểm thuốc của chúng tôi.
  - Chi phí thuốc của quý vị có thể đã tăng kể từ năm ngoái.
    - Nói chuyện với bác sĩ của quý vị về các loại thuốc thay thế với chi phí thấp hơn có thể có sẵn cho quý vị; điều này có thể giúp quý vị tiết kiệm chi phí tự trả hàng năm trong suốt cả năm.
    - Lưu ý rằng quyền lợi chương trình của quý vị xác định chính xác chi phí thuốc của quý vị có thể thay đổi bao nhiêu.
- **Kiểm tra xem các nhà cung cấp và nhà thuốc của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi vào năm tới không.**
  - Các bác sĩ của quý vị, bao gồm cả các bác sĩ chuyên khoa, có thuộc mạng lưới của chúng tôi không? Còn nhà thuốc của quý vị thì sao? Còn các bệnh viện hoặc các nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng thì sao?
  - Tham khảo **Mục D** để biết thông tin về *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp (Provider and Pharmacy Directory)* của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

- **Suy nghĩ về chi phí tổng thể của quý vị trong chương trình.**
  - Quý vị sẽ chi bao nhiêu chi phí tự trả cho các dịch vụ và thuốc mà quý vị sử dụng thường xuyên?
  - Tổng chi phí so với các lựa chọn bảo hiểm khác như thế nào?
- **Nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi không.**

Nếu quý vị quyết định tiếp tục tham gia Kaiser Permanente Dual Complete South P9:	**Nếu quý vị quyết định thay đổi chương trình:**
Thật dễ dàng nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi vào năm tới – quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu không thay đổi, quý vị sẽ nghiễm nhiên tiếp tục ghi danh tham gia Kaiser Permanente Dual Complete South P9.	Nếu quyết định bảo hiểm khác sẽ đáp ứng tốt hơn nhu cầu của mình, quý vị có thể chuyển đổi các chương trình (tham khảo **Mục G2** để biết thêm thông tin). Nếu quý vị ghi danh tham gia một chương trình mới hoặc chuyển sang Original Medicare, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

C. Thay đổi đối với tên chương trình của quý vị

Vào ngày 1 tháng 1 năm 2027, tên chương trình của quý vị sẽ thay đổi từ Kaiser Permanente Dual Complete South P1 thành Kaiser Permanente Dual Complete South P9. Hãy nhớ tên chương trình mới khi xem thông tin chương trình cho hội viên.

Quý vị sẽ nhận được thẻ Nhận Dạng (thẻ ID) mới chậm nhất vào tháng 1 năm 2027.

D. Các thay đổi đối với nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi

Số tiền quý vị trả cho thuốc tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị sử dụng. Chương trình của chúng tôi có một mạng lưới các nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị *chỉ* được đài thọ nếu lấy thuốc tại một trong các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của chúng tôi đã thay đổi cho năm 2027.

Vui lòng xem lại *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* năm 2027 để tìm hiểu xem các nhà cung cấp (nhà cung cấp chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) hoặc nhà thuốc của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* cập nhật có trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org/directory (bằng tiếng Anh). Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch Vụ

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

Hội Viên theo số ở cuối trang để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* qua bưu điện.

Quý vị cần biết rằng chúng tôi cũng có thể thực hiện các thay đổi đối với mạng lưới của mình trong suốt cả năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ nhất định. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* hoặc gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để được trợ giúp.

E. Thay đổi đối với quyền lợi và chi phí cho năm tới

E1. Thay đổi đối với quyền lợi và chi phí cho các dịch vụ y tế

Chúng tôi sẽ thay đổi phạm vi bảo hiểm đối với một số dịch vụ y tế nhất định và số tiền quý vị phải trả cho những dịch vụ y tế được đài thọ này vào năm tới. Bảng dưới đây trình bày những thay đổi này.

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Dịch Vụ Xe Cứu Thương	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$400** cho mỗi chuyến đi một chiều.	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$290** cho mỗi chuyến đi một chiều.
Giày và Miếng Lót Điều Trị Bệnh Tiểu Đường	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **20%** tiền đồng bảo hiểm.	Quý vị trả **$0**.
Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền Durable Medical Equipment, (DME) Tham khảo **Chương 12** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết định nghĩa về "Thiết bị y khoa lâu bền (DME)".	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **0%** hoặc **20% tiền đồng bảo hiểm**, tùy thuộc vào hạng mục.	Quý vị trả **$0**.
Khoa Cấp Cứu	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$115** cho mỗi lần thăm khám.	Quý vị trả **$0**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Mức Trợ Cấp Kính Đeo Mắt	Quý vị nhận được mức trợ cấp **$350**, 12 tháng một lần. Nếu mua kính đeo mắt có giá cao hơn mức trợ cấp, quý vị phải trả khoản chênh lệch.	Quý vị nhận được mức trợ cấp **$500**, 12 tháng một lần. Nếu mua kính đeo mắt có giá cao hơn mức trợ cấp, quý vị phải trả khoản chênh lệch.
Chăm Sóc Cấp Tính Nội Trú	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$475** mỗi ngày cho các ngày **1 – 5** (**$0** cho thời gian lưu trú còn lại) mỗi lần nhập viện.	Quý vị trả **$0**.
Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần cho Bệnh Nhân Nội Trú	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$405** mỗi ngày cho các ngày **1 – 5** (**$0** cho thời gian lưu trú còn lại) mỗi lần nhập viện.	Quý vị trả **$0**.
Tiếp Liệu Y Tế	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **0%** hoặc **20%** tiền đồng bảo hiểm, tùy thuộc vào hạng mục.	Quý vị trả **$0**.
Chụp Cộng Hưởng Từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI), Chụp Cắt Lớp Vi Tính (Computerized Tomography, CT) và Chụp Cắt Lớp Phát Xạ Positron (Positron Emission Tomograpgy, PET)	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$500** cho mỗi thủ thuật.	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$50** cho mỗi thủ thuật.
Dịch Vụ Theo Dõi	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$0** khi được chuyển đến từ Khoa Cấp Cứu để theo dõi	Quý vị trả **$0**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	hoặc sau khi phẫu thuật ngoại trú hoặc **$115** cho mỗi lần nằm viện khi được đưa thẳng đến bệnh viện để theo dõi với tư cách là bệnh nhân ngoại trú.	
Dịch Vụ Ngoại Trú tại Bệnh Viện	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$0 – $475** cho mỗi lần thăm khám, tùy thuộc vào dịch vụ.	Quý vị trả **$0**.
Phẫu Thuật Ngoại Trú tại Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$475** cho mỗi thủ thuật.	Quý vị trả **$0**.
Các Hạng Mục Không Cần Toa (Over-the-Counter, OTC)	Quý vị sẽ nhận được khoản trợ cấp hàng quý là **$100** trên **thẻ quyền lợi chăm sóc sức khỏe bổ sung nạp sẵn** để mua các hạng mục OTC đủ điều kiện theo hình thức trực tuyến và tại các cửa hàng bán lẻ tham gia, bao gồm cả các nhà thuốc bán lẻ của Kaiser Permanente.	Quý vị sẽ nhận được khoản trợ cấp hàng quý là **$170** trên **thẻ quyền lợi chăm sóc sức khỏe bổ sung nạp sẵn** để mua các hạng mục OTC đủ điều kiện theo hình thức trực tuyến và tại các cửa hàng bán lẻ tham gia, bao gồm cả các nhà thuốc bán lẻ của Kaiser Permanente. **Nếu đủ điều kiện nhận Các Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mãn Tính (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)** (xem hàng “Các Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mãn Tính”), quý vị cũng có thể sử dụng khoản trợ cấp này để mua thực phẩm tốt cho sức khỏe. Thẻ của quý vị sẽ được nạp tiền vào ngày 1 tháng 1, ngày 1 tháng 4, ngày 1 tháng 7 và ngày 1 tháng 10. Bất kỳ phần nào

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
		chưa sử dụng của khoản trợ cấp hàng quý sẽ không được chuyển sang quý tiếp theo. Lưu ý: Không được dùng khoản trợ cấp để trả tiền boa hoặc phí (như phí giao hàng hoặc phí vận chuyển).
Bộ Phận Giả	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **20%** tiền đồng bảo hiểm.	Quý vị trả **$0**.
Điều Trị Nội Trú cho Tình Trạng Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện và Sức Khỏe Tinh Thần	**Được đài thọ theo chương trình Dual Complete như một quyền lợi Medicare.** Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả **$100** cho mỗi lần nhập viện.	**Không được đài thọ theo chương trình Dual Complete như một quyền lợi Medicare.** **Điều Trị Nội Trú cho Tình Trạng Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện và Sức Khỏe Tinh Thần được đài thọ theo chương trình Dual Complete như một quyền lợi Medi-Cal** do Cơ Quan Quản Lý Sức Khỏe Hành Vi của Quận cung cấp.
Chăm Sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (Skilled Nursing Facility, SNF)	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ trả **$0** cho các ngày **1 – 20**, **$214** mỗi ngày cho các ngày **21 – 100** trong mỗi thời kỳ hưởng quyền lợi.	Quý vị trả **$0**. Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ trả **$0** cho các ngày **1 – 20**, **$221** mỗi ngày cho các ngày **21 – 100** trong mỗi thời kỳ hưởng quyền lợi.
Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mãn Tính (SSBCI) – thực phẩm tốt cho sức khỏe	**Không được** đài thọ.	**Được đài thọ, nếu quý vị đủ điều kiện nhận SSBCI.** Hội viên được chương trình xác định và đáp ứng các tiêu chí hưởng quyền lợi này có thể sử

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Quyền lợi thực phẩm tốt cho sức khỏe thuộc chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mãn tính. Không phải hội viên nào cũng đủ tiêu chuẩn. Hội viên phải mắc các bệnh trạng mãn tính cụ thể như bệnh tiểu đường, béo phì, rối loạn nhịp tim, viêm khớp xương mãn tính hoặc bệnh thận mãn tính thì mới hội đủ điều kiện. Có những bệnh trạng khác có thể giúp quý vị đủ tiêu chuẩn được hưởng quyền lợi. Không thể đảm bảo tình trạng hội đủ điều kiện được hưởng quyền lợi này chỉ dựa trên bệnh trạng của quý vị. Phải đáp ứng tất cả các yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện hiện hành trước khi được cung cấp quyền lợi. Để biết thêm thông tin chi tiết, vui lòng liên hệ với chúng tôi.		dụng **thẻ quyền lợi chăm sóc sức khỏe bổ sung nạp sẵn** như mô tả trong hàng OTC để mua thực phẩm tốt cho sức khỏe như hoa củ quả tươi, ngoài các mặt hàng OTC, cả trực tuyến và tại các cửa hàng bán lẻ tham gia. Thẻ của quý vị sẽ được nạp tiền vào ngày 1 tháng 1, ngày 1 tháng 4, ngày 1 tháng 7 và ngày 1 tháng 10. Bất kỳ phần nào chưa sử dụng của khoản trợ cấp hàng quý sẽ không được chuyển sang quý tiếp theo. Lưu ý: Không được dùng khoản trợ cấp để trả tiền boa hoặc phí (như phí giao hàng hoặc phí vận chuyển). Vui lòng xem *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thêm chi tiết.
Dịch Vụ Đưa Đón - Đưa Đón Y Tế Không Cấp Cứu không được đài thọ bởi Medicare Khi được chỉ định bởi nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ đưa đón cần thiết về mặt y tế, không phải trường hợp cấp cứu, bằng cáng/xe van chở cáng hoặc xe van cho người ngồi xe lăn được cấp phép về nhà (trong phạm vi 100 dặm), đến cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) hoặc cơ sở có mức độ chăm sóc cấp cao hơn khác ngay sau khi	**Không được** đài thọ.	Được đài thọ. Quý vị trả **$0**.

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
nhập viện nội trú hoặc trong một số trường hợp cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc khám bệnh ngoại trú tại bệnh viện.		

E2. Những thay đổi về phạm vi bảo hiểm thuốc

Thay Đổi đối với *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ của chúng tôi còn được gọi là Danh Mục Thuốc hay Danh Sách Thuốc. Bản sao Danh Sách Thuốc của chúng tôi được đăng trực tuyến tại kp.org/seniorrx (bằng tiếng Anh) Chúng tôi đã thay đổi *Danh Sách Thuốc* của mình, trong đó có thể bao gồm việc loại bỏ hoặc thêm thuốc, thay đổi loại thuốc chúng tôi đài thọ và thay đổi các hạn chế được áp dụng cho phạm vi bảo hiểm đối với một số loại thuốc hoặc chuyển những thuốc đó sang bậc chia sẻ chi phí khác.

Xem *Danh Sách Thuốc* để **đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được đài thọ vào năm tới** và để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào hoặc thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không.

Hầu hết những thay đổi trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi đều sẽ được cập nhật mới vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác được Medicare và/hoặc tiểu bang cho phép và sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm lịch. Chúng tôi cập nhật *Danh Sách Thuốc* trực tuyến của mình ít nhất hàng tháng để cung cấp danh sách thuốc cập nhật nhất. Nếu có thay đổi sẽ ảnh hưởng đến loại thuốc quý vị đang dùng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về thay đổi đó.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi thay đổi trong phạm vi bảo hiểm thuốc, chúng tôi khuyến khích quý vị:

- Trao đổi với bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) để tìm một loại thuốc khác mà chúng tôi đài thọ.
    - Quý vị có thể gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để yêu cầu *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* điều trị tình trạng đó.
    - Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được đài thọ có thể có hiệu quả cho quý vị.
- Yêu cầu chúng tôi đài thọ nguồn cung thuốc tạm thời.
    - Trong một số tình huống, chúng tôi đài thọ nguồn cung thuốc **tạm thời** trong 90 ngày đầu tiên của năm lịch.

- Nguồn cung tạm thời này dành cho tối đa 30 ngày. (Để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể nhận được nguồn cung tạm thời và cách yêu cầu nguồn cung tạm thời, tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị.)
- Khi quý vị nhận được nguồn cung thuốc tạm thời, hãy nói chuyện với bác sĩ của quý vị về việc cần làm khi quý vị sử dụng hết số thuốc đó. Quý vị có thể đổi qua một loại thuốc khác được chương trình đài thọ hoặc yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ cho quý vị và đài thọ cho loại thuốc hiện tại của quý vị.
- Tất cả các trường hợp ngoại lệ trong danh mục thuốc hiện được phê duyệt sẽ hết hạn vào cuối mỗi năm lịch và phải được gửi lại để xin chấp thuận vào đầu năm mới.

Những thay đổi đối với chi phí thuốc

Vì đủ điều kiện nhận Medi-Cal nên quý vị sẽ nhận được Extra Help từ Medicare để giúp thanh toán cho các loại thuốc Medicare Phần D của quý vị. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phụ lục riêng được gọi là "Điều Khoản Phụ Chứng Từ Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Extra Help khi Mua Thuốc Kê Toa" (còn được gọi là "Điều Khoản Phụ về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp" [Low Income Subsidy Rider] hay "Điều Khoản Phụ LIS"), trong đó thông báo về phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không nhận được tài liệu này, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu nhận "Điều Khoản Phụ LIS".

Có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare Phần D của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Số tiền quý vị phải trả tùy thuộc vào mức Extra Help và giai đoạn hiện tại của quý vị khi mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Sau đây là hai giai đoạn:

Giai đoạn 1 **Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu**	**Giai đoạn 2** **Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương**
Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị thanh toán phần của mình. Phần của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Quý vị bắt đầu ở giai đoạn này khi mua toa thuốc đầu tiên trong năm.	Trong giai đoạn này, chương trình thanh toán tất cả các chi phí thuốc của quý vị đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2027. Quý vị bắt đầu giai đoạn này sau khi thanh toán một khoản chi phí tự trả nhất định.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả cho thuốc của quý vị đạt **$2,400**. Tại thời điểm đó, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Chương trình của chúng tôi đài thọ tất cả các chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó đến cuối năm. Vui lòng tham khảo **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị để biết thêm thông tin về số tiền quý vị sẽ chi trả cho thuốc.

E3. Giai đoạn 1: "Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu"

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc được đài thọ của quý vị và quý vị thanh toán phần của mình. Phần của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Tiền đồng trả phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và nơi quý vị lấy thuốc. Quý vị phải thanh toán tiền đồng trả mỗi khi mua thuốc theo toa. Nếu thuốc được đài thọ của quý vị có giá thấp hơn tiền đồng trả, quý vị sẽ trả mức giá thấp hơn đó.

Chúng tôi đã chuyển một số thuốc trong *Danh Sách Thuốc* sang bậc thuốc thấp hơn hoặc cao hơn. Nếu thuốc của quý vị chuyển từ bậc này sang bậc khác, điều này có thể ảnh hưởng đến tiền đồng trả của quý vị. Để tìm hiểu xem thuốc của quý vị có chuyển sang bậc khác không, hãy tra cứu trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

Bảng sau đây cho biết chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng tại một nhà thuốc trong mạng lưới với mức tiền đồng trả tiêu chuẩn ở mỗi bậc trong sáu bậc thuốc của chúng tôi. Những khoản tiền này **chỉ** được áp dụng trong thời gian quý vị đang ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

Hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được đài thọ miễn phí cho quý vị. Để biết thông tin về chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong thời gian dài, hãy xem **Chương 6, Mục D** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị.

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Thuốc ở Bậc 1 – 2 (bao gồm thuốc gốc) Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng ở Bậc 1 và 2 được mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới hoặc nhà thuốc đặt mua qua bưu điện	Tiền đồng trả của quý vị cho nguồn cung thuốc một tháng (30 ngày) là **$0 – $5.10 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị cho nguồn cung thuốc một tháng (30 ngày) đối với mỗi sản phẩm insulin được đài thọ là **$0 – $5.10 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị cho toa thuốc đặt mua qua bưu điện đủ dùng trong một tháng (30 ngày) là **$0 – $5.10 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị.	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) là **$0 – $5.80 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) đối với mỗi sản phẩm insulin được đài thọ là **$0 – $5.80 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị toa thuốc đặt mua qua bưu điện đủ dùng trong một tháng (30 ngày) là **$0 – $5.80 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị.

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Thuốc ở Bậc 3 – 5 (bao gồm thuốc biệt dược và thuốc chuyên khoa) Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng từ Bậc 3 đến 5 được mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới hoặc nhà thuốc đặt mua qua bưu điện	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) là **$0 – $12.65 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) đối với mỗi sản phẩm insulin được đài thọ là **$0 – $12.65 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị cho toa thuốc đặt mua qua bưu điện đủ dùng trong một tháng (30 ngày) là **$0 – $12.65 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị.	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) là **$0 – $14.40 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) đối với mỗi sản phẩm insulin được đài thọ là **$0 – $14.40 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị. Tiền đồng trả của quý vị cho toa thuốc đặt mua qua bưu điện đủ dùng trong một tháng (30 ngày) là **$0 – $14.40 mỗi toa thuốc**, tùy thuộc vào mức "Extra Help" của quý vị.
Thuốc ở Bậc 6 (bao gồm vắc-xin Phần D)	Quý vị trả **$0**.	Quý vị trả **$0**.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt **$2,400**. Tại thời điểm đó, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Chương trình của chúng tôi đài thọ tất cả các chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó đến cuối năm. Vui lòng tham khảo **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị để biết thêm thông tin về số tiền quý vị cần thanh toán cho thuốc.

E4. Giai đoạn 2: "Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương"

Khi quý vị đạt giới hạn chi phí tự trả **$2,400** dành cho thuốc, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương sẽ bắt đầu và quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các thuốc được đài thọ của mình. Quý vị sẽ ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương cho đến hết năm lịch.

Để biết thêm thông tin về chi phí của quý vị trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, hãy tham khảo **Chương 6, Mục E** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

F. Các thay đổi hành chính

Ngoài ra, có một thay đổi hành chính vào năm tới. Bảng dưới đây trình bày về thay đổi đó.

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Số Gói Quyền Lợi Chương Trình (Plan Benefit Package, PBP)	Chương trình hiện tại của quý vị là Chương Trình Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP), còn được gọi là PBP #001.	Chương trình mới của quý vị là Chương Trình Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP), còn được gọi là PBP #009.

G. Chọn một chương trình

G1. Tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi

Chúng tôi hy vọng quý vị vẫn sẽ là hội viên của chương trình. Quý vị không phải làm gì để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi. Trừ khi đăng ký một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare, quý vị sẽ nghiễm nhiên tiếp tục được ghi danh là hội viên trong chương trình của chúng tôi cho năm 2027.

G2. Đổi chương trình

Hầu hết những người có Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên của họ vào một số thời điểm nhất định trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi vào những khoảng thời gian sau:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở**, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage (MA)**, kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.
- Vì tham gia Medi-Cal nên quý vị sẽ có một số lựa chọn để kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi, bao gồm bất kỳ tháng nào trong năm.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện để thay đổi quyết định ghi danh. Ví dụ khi:

- quý vị đã chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi,
- tình trạng hội đủ điều kiện để nhận Medi-Cal hoặc Extra Help của quý vị đã thay đổi **hoặc**
- gần đây quý vị đã chuyển đến hoặc hiện đang được chăm sóc tại một cơ sở (như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn). Nếu gần đây đã chuyển ra khỏi một cơ sở, quý vị có thể đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong hai tháng trọn vẹn sau tháng quý vị chuyển đi.

Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare được liệt kê bên dưới vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có một tùy chọn bổ sung được liệt kê bên dưới vào một số thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được nêu trong **Mục G2**. Khi chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể chuyển sang: **Chương Trình Medi-Medi là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, đồng thời kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các Chương Trình Medi-Medi phối hợp tất cả các quyền lợi và dịch vụ trong cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ hoặc Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), nếu quý vị đủ điều kiện.** **Lưu ý:** Thuật ngữ Chương Trình Medi-Medi là tên của các chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP) tích hợp ở California.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (TTY 711). Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương ở khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC** Ghi danh tham gia một Chương Trình Medi-Medi mới. Quý vị sẽ nghiễm nhiên bị rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi để phù hợp với Chương Trình Medi-Medi của quý vị.

2. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare với một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (TTY 711). Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương ở khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC** Ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa mới của Medicare. Quý vị sẽ nghiễm nhiên bị rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi, trừ khi quý vị yêu cầu thay đổi.

3. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare không có chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt, nếu quý vị có lý do rút tên ghi danh hợp lệ** **LƯU Ý**: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc nếu có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác như hãng sở hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc liệu mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương ở khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (TTY 711). Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương ở khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Quý vị sẽ nghiễm nhiên bị rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi, trừ khi quý vị yêu cầu thay đổi.

4. Quý vị có thể chuyển sang: **Bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare nào** vào một số thời điểm nhất định trong năm bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được nêu trong **Mục G**.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (TTY 711). Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương ở khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC** Ghi danh tham gia một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ nghiễm nhiên được rút tên ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc về cách chọn chương trình Medi-Cal hoặc nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Dịch Vụ Lựa Chọn Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe theo số 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY

hãy gọi số 1-800-430-7077. Hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay trở lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận được bảo hiểm Medi-Cal.

H. Nhận giúp đỡ

H1. Chương trình của chúng tôi

Chúng tôi sẵn sàng trợ giúp nếu quý vị có điều gì thắc mắc. Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang vào ngày và giờ làm việc được liệt kê. Những cuộc gọi này được miễn cước.

Đọc *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị

Cẩm Nang Hội Viên của quý vị là bản mô tả chi tiết, hợp pháp về các quyền lợi trong chương trình của chúng tôi. Tài liệu này có thông tin chi tiết về quyền lợi và chi phí cho năm 2027. Tài liệu này giải thích các quyền của quý vị và các quy tắc phải tuân thủ để nhận được các dịch vụ và thuốc mà chúng tôi đài thọ.

Cẩm Nang Hội Viên cho năm 2027 sẽ được phát hành vào ngày 15 tháng 10. Quý vị có thể lấy bản sao mới nhất của *Cẩm Nang Hội Viên* trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org/eocscal. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Cẩm Nang Hội Viên* cho năm 2027 qua bưu điện.

Trang mạng của chúng tôi

Quý vị có thể truy cập trang mạng của chúng tôi tại kp.org (bằng tiếng Anh). Xin nhắc lại, trang mạng của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc (*Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*) của chúng tôi và *Danh Sách Thuốc* (*Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*) của chúng tôi.

H2. Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Tại California, SHIP được gọi là Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP). Các cố vấn của HICAP có thể giúp quý vị hiểu về các lựa chọn chương trình của quý vị và giải đáp các thắc mắc về việc đổi chương trình. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP có các cố vấn được đào tạo ở mọi quận và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222. (TTY 711). Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương ở khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. Chương Trình Thanh Tra Viên

Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal có thể hỗ trợ quý vị nếu quý vị gặp phải vấn đề khi tham gia chương trình của chúng tôi. Các dịch vụ của thanh tra viên là miễn phí và được cung cấp bằng tất cả các ngôn ngữ. Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal:

- có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc than phiền và có thể giúp quý vị hiểu những việc cần làm.
- đảm bảo quý vị có thông tin liên quan đến các quyền và biện pháp bảo vệ dành cho quý vị, cũng như cách quý vị có thể giải quyết các mối quan ngại phát sinh.
- không liên kết với chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal là 1-855-501-3077.

H4. Medicare

Để lấy thông tin trực tiếp từ Medicare:

- gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.
- trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone
- viết thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Trang Mạng của Medicare

Quý vị có thể truy cập trang mạng của Medicare (www.medicare.gov). Nếu quý vị chọn rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và ghi danh tham gia một chương trình Medicare khác, trang mạng của Medicare có thông tin về chi phí, phạm vi bảo hiểm và xếp hạng chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình.

Quý vị có thể tìm thông tin về các chương trình Medicare có sẵn trong khu vực của quý vị thông qua Công Cụ Tìm Chương Trình Medicare trên trang mạng của Medicare. (Để biết thông tin về các chương trình, tham khảo www.medicare.gov và nhấp vào “Find plans” [Tìm chương trình].)

Medicare và Quý Vị năm 2027

Quý vị có thể đọc cẩm nang *Medicare và Quý Vị năm 2027 (Medicare & You 2027)*. Vào mùa thu hàng năm, tập sách nhỏ này được gửi qua bưu điện đến những người tham gia Medicare. Tập sách này tóm tắt các quyền lợi, quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare, đồng thời giải đáp những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Cẩm nang này cũng có sẵn bản Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Trung và Tiếng Việt.

Nếu không có một bản của tập sách nhỏ này, quý vị có thể lấy trên trang mạng Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

H5. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California

Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe của California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có phàn nàn về chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số **1-800-443-0815** và thực hiện quy trình phàn nàn của chương trình bảo hiểm sức khoẻ trước khi liên lạc với sở. Việc thực hiện thủ tục phàn nàn này không cấm quý vị thực hiện bất kỳ quyền hoặc biện pháp khắc phục hợp pháp nào có thể có. Nếu quý vị cần trợ giúp phàn nàn liên quan đến một trường hợp cấp cứu, phàn nàn đã không được chương trình bảo hiểm sức khoẻ của quý vị giải quyết thoả đáng hoặc phàn nàn vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ duyệt xét một cách công bằng các quyết định y tế của chương trình bảo hiểm sức khoẻ liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc việc điều trị được đề xuất, quyết định bảo hiểm cho việc điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu, và tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng internet của sở **www.dmhc.ca.gov** có các biểu mẫu than phiền, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Tham khảo **Chương 9, Mục F4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị để biết thêm thông tin.

H6. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare là một tùy chọn thanh toán có thể giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ bằng cách chia nhỏ chi phí trong suốt năm lịch (tháng 1-tháng 12) thành các khoản thanh toán hàng tháng. Bất kỳ ai có chương trình bảo hiểm thuốc Medicare hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. Nếu đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare và vẫn tiếp tục tham gia chương trình Phần D, quý vị không cần làm gì để tiếp tục tham gia vào năm 2027. Tùy chọn

thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí của mình nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hay giảm tổng chi phí thuốc tự trả của quý vị.

“Extra Help” từ Medicare và trợ giúp từ chương trình trợ cấp dược phẩm của tiểu bang (state pharmaceutical assistance program, SPAP) và Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) dành cho những người đủ điều kiện sẽ có lợi hơn so với việc tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare. Để tìm hiểu thêm về chương trình này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang này hoặc truy cập www.medicare.gov.

Tuyên Bố Tiết Lộ Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act, PRA) *Theo Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không ai buộc phải trả lời bản thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát có hiệu lực của Văn Phòng Quản Lý và Ngân Sách (Office of Management and Budget, OMB). Số kiểm soát có hiệu lực của OMB cho việc thu thập thông tin này là 0938-1444. Nếu quý vị có ý kiến hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, hãy viết thư gửi tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh).

Thông Tin về Chương Trình

Vì quý vị là một hội viên của chương trình này nên đôi khi chúng tôi có thể sẽ liên lạc với quý vị để thông báo về các chương trình hoặc sản phẩm khác của Kaiser Permanente có thể dành cho quý vị. Nếu quý vị muốn từ chối nhận các cuộc gọi này, vui lòng liên lạc với Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ nhận dạng (identification, ID) hội viên của quý vị.

*Kaiser Permanente hiện đang cung cấp những cách thức mới để chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị một cách an toàn. Hãy truy cập **kp.org/datasharing** để tìm hiểu về Giao Diện Lập Trình Ứng Dụng (Application Programming Interface, API) giữa các Bên Thanh Toán và API Truy Cập Nhà Cung Cấp, bao gồm cách thức hoạt động và cách thức tham gia.*

Danh Bạ Nhà Cung Cấp Kaiser Permanente

Nếu quý vị cần được hỗ trợ tìm nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới, vui lòng truy cập **kp.org/directory** để tìm kiếm danh mục trực tuyến của chúng tôi (Lưu ý: danh mục năm 2027 được cung cấp trực tuyến từ ngày 15 tháng 10 năm 2026 theo yêu cầu của Medicare).

Để nhận danh bạ qua thư tín, quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Danh Mục Thuốc Đầy Đủ Medicare Phần D của Kaiser Permanente (Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ)

Danh mục thuốc của chúng tôi liệt kê các loại thuốc Medicare Phần D mà chúng tôi đài thọ. Danh mục thuốc này có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ được thông báo khi cần thiết. Nếu quý vị có thắc mắc về các loại thuốc được đài thọ, hãy xem danh mục thuốc trực tuyến của chúng tôi **kp.org/seniorrx** (Lưu ý: danh mục thuốc năm 2027 được cung cấp trực tuyến từ ngày 15 tháng 10 năm 2026 theo yêu cầu của Medicare).

Để nhận danh mục thuốc qua thư tín, quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, EOC) Kaiser Permanente

EOC của quý vị sẽ giải thích cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc được đài thọ thông qua chương trình của quý vị. Tài liệu này cũng sẽ giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả với tư cách hội viên của Kaiser Permanente. Nếu quý vị có thắc mắc về phạm vi bảo hiểm, hãy truy cập**kp.org/eocncal** hoặc **kp.org/eocscal** để xem trực tuyến **EOC** của quý vị (Lưu ý: **EOC** năm 2027 được cung cấp trực tuyến từ ngày 15 tháng 10 năm 2026 theo yêu cầu của Medicare).

Để nhận **EOC** qua thư tín, quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

H0524_H8794_00044581VI_C
4383715500_CA_VI
July 2026

KAISER PERMANENTE®

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Trong tài liệu này, "chúng tôi" hoặc "của chúng tôi" có nghĩa là Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., và Southern California Medical Group). Thông báo này hiện có trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**.

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Chúng tôi tuân thủ các luật dân quyền của tiểu bang và liên bang.

Chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau đây một cách kịp thời:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - ♦ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
  - ♦ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
  - ♦ Thông dịch viên đủ trình độ
  - ♦ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo các số điện thoại bên dưới. Cuộc gọi này được miễn cước. Ban Dịch Vụ Hội Viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng đĩa thu âm hay các định dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với chúng tôi nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn qua điện thoại, thư tín, trực tiếp hay trực tuyến. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage) hay Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để

biết thêm chi tiết. Quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về những lựa chọn áp dụng cho quý vị, hay để được trợ giúp đệ trình phàn nàn. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. Số điện thoại được ghi ở trên.
- **Qua thư tín:** Tải xuống một mẫu đơn tại **kp.org** hay gọi ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một mẫu đơn mà quý vị có thể gửi lại.
- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại **kp.org/facilities** để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California
(Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370** (TTY **711**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Các mẫu đơn Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019** (TTY **711** hay **1-800-537-7697**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền hay gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Các mẫu đơn Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ có tại: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Trực tuyến:** Truy cập **Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**