



Tài liệu Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. SBC cho quý vị biết quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đòi thò. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là phần tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hay để lấy một bản sao toàn bộ điều khoản bảo hiểm, vui lòng xem tại www.kp.org/plandocuments hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của những thuật ngữ thông thường như số tiền được cho phép, lập hóa đơn số tiền chênh lệch, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch dưới khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại www.healthcare.gov/sbc-glossary/ hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để yêu cầu một bản sao.

| Những Câu Hỏi Quan Trọng | Trả Lời | Tại sao điều này Quan Trọng: |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tổng số <u>tiền khấu trừ</u> là bao nhiêu? | \$0 | Xem biểu đồ Sự kiện y khoa thông thường bên dưới để biết chi phí cho các dịch vụ của quý vị mà <u>chương trình</u> này đòi thò. |
| Có dịch vụ được đòi thò trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của mình không? | Không Áp Dụng. | <u>Chương trình</u> này đòi thò một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> . Nhưng có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> hoặc <u>tiền đồng bảo hiểm</u> . Ví dụ, <u>chương trình</u> này đòi thò một số <u>dịch vụ phòng ngừa</u> mà không có khoản <u>chia sẻ chi phí</u> và trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của mình. Xem danh sách <u>dịch vụ phòng ngừa</u> được đòi thò tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| Có <u>tiền khấu trừ</u> khác cho những dịch vụ cụ thể không? | Không. | Quý vị không cần phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cho những dịch vụ cụ thể. |
| <u>Mức giới hạn chi phí tự trả</u> cho <u>chương trình</u> này là bao nhiêu? | \$4,500 Cá Nhân / \$9,000 Gia Đình | <u>Mức giới hạn chi phí tự trả</u> là số tiền cao nhất mà quý vị có thể trả trong một năm cho những dịch vụ được đòi thò. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> này, họ phải đạt đến các <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của riêng mình cho đến khi đạt được tổng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của gia đình. |
| Những gì không bao gồm trong <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> ? | <u>Phí bảo hiểm</u> , và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không đòi thò, được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2. | Mặc dù quý vị trả những chi phí này, chúng không được tính vào <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> . |

| Những Câu Hỏi Quan Trọng | Trả Lời | Tại sao điều này Quan Trọng: |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không? | Có. Xem www.kp.org hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để lấy danh sách <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> . | <u>Chương trình</u> này sử dụng một <u>mạng lưới nhà cung cấp</u> . Quý vị sẽ trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của chương trình. Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được một hóa đơn từ một <u>nhà cung cấp</u> về khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị thanh toán (<u>lập hóa đơn số tiền chênh lệch</u>). Lưu ý, <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> để cung cấp một số dịch vụ (như xét nghiệm). Kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ. |
| Quý vị có cần <u>giấy giới thiệu</u> để đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không? | Có, nhưng quý vị có thể tự giới thiệu với một số <u>bác sĩ chuyên khoa</u> . | <u>Chương trình</u> sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để quý vị đến khám với một <u>bác sĩ chuyên khoa</u> để nhận dịch vụ được đài thọ, nhưng chỉ nếu quý vị có <u>giấy giới thiệu</u> trước khi quý vị đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> đó. |



Mọi chi phí tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm được trình bày trong bảng này được áp dụng sau khi quý vị đã đạt đến số tiền khấu trừ của mình, nếu có áp dụng tiền khấu trừ.

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nếu quý vị đi khám tại văn phòng hoặc phòng khám của một <u>nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</u> | Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật | \$15 / lần thăm khám | Không Được Đài Thọ | Không có |
| | Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> | \$30 / lần thăm khám | Không Được Đài Thọ | Không có |
| | <u>Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/ chủng ngừa</u> | Miễn phí | Không Được Đài Thọ | Quý vị có thể phải trả cho những dịch vụ không phải dịch vụ <u>phòng ngừa</u> . Hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ phòng ngừa không. Sau đó kiểm tra số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị sẽ trả. |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nếu quý vị được kiểm tra | <u>Kiểm tra chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu) | Chụp X-quang: \$30 / lần thực hiện; Xét nghiệm: \$15 / lần thực hiện | Không Được Đãi Thọ | Không có |
| | Chụp hình (Chụp Cắt Lớp Vi Tính (Computed Tomography, CT)/ Chụp Cắt Lớp Phát Xạ Positron (Positron Emission Tomography, PET), Chụp Cộng Hưởng Từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI)) | \$75 / thủ thuật | Không Được Đãi Thọ | Không có |
| Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc</u> theo toa hiện có tại www.kp.org/formulary | Thuốc gốc (Bậc 1) | \$5 / toa thuốc (mua lẻ), \$10 / toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện). | Không Được Đãi Thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ và tối đa 100 ngày khi đặt mua qua đường bưu điện. Miễn phí thuốc tránh thai dành cho phụ nữ. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . |
| | Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2) | \$15 / toa thuốc (mua lẻ), \$30 / toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện). | Không Được Đãi Thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ và tối đa 100 ngày khi đặt mua qua đường bưu điện. Miễn phí thuốc tránh thai dành cho phụ nữ. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . |
| | Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 2) | \$15 / toa thuốc (mua lẻ), \$30 / toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện). | Không Được Đãi Thọ | Khoản chia sẻ chi phí dành cho thuốc biệt dược không ưu tiên theo <u>chương trình</u> này phù hợp với khoản chia sẻ chi phí dành cho thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2) khi được chấp thuận thông qua quy trình ngoại lệ của <u>danh mục thuốc</u> . |
| | <u>Thuốc chuyên khoa</u> (Bậc 4) | 10% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> tối đa \$250 / thuốc theo toa. | Không Được Đãi Thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (khi mua lẻ). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú | Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú) | \$125 / thủ thuật | Không Được Đàm Thọ | Không có |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | Không Áp Dụng | Không Được Đàm Thọ | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật tính vào phí cơ sở |
| Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức | <u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u> | \$150 / lần thăm khám | \$150 / lần thăm khám | <u>Tiền đồng trả</u> được miễn nếu được nhập viện theo chế độ bệnh nhân nội trú. |
| | <u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u> | \$150 / chuyến | \$150 / chuyến | Không có |
| | <u>Chăm sóc khẩn cấp</u> | \$15 / lần thăm khám | \$15 / lần thăm khám | <u>Nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình</u> được đài thọ khi tạm thời ở bên ngoài khu vực phục vụ. |
| Nếu quý vị nằm viện | Phí cơ sở (như phòng bệnh viện) | \$250 / ngày trong tối đa 5 ngày | Không Được Đàm Thọ | Không có |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | Không Áp Dụng | Không Được Đàm Thọ | Phí Bác Sĩ/Bác Sĩ Phẫu Thuật tính vào Phí Cơ Sở. |
| Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện | Dịch vụ ngoại trú | \$15 / lần thăm khám cá nhân; \$15 / ngày cho các dịch vụ ngoại trú khác | Không Được Đàm Thọ | Sức khỏe tâm thần / hành vi: \$7 / lần thăm khám theo nhóm Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: \$5 / lần thăm khám theo nhóm |
| | Dịch vụ nội trú | \$250 / ngày trong tối đa 5 ngày | Không Được Đàm Thọ | Không có |
| Nếu quý vị mang thai | Khám tại văn phòng | Miễn phí | Không Được Đàm Thọ | Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> , <u>tiền đồng bảo hiểm</u> hoặc <u>tiền khấu trừ</u> . Chăm sóc sản phụ có thể bao gồm các kiểm tra và dịch vụ được mô tả ở phần khác trong SBC (như siêu âm). |
| | Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh đẻ | Không Áp Dụng | Không Được Đàm Thọ | Dịch vụ chuyên môn tính vào Phí Cơ Sở. |
| | Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ | \$250 / ngày trong tối đa 5 ngày | Không Được Đàm Thọ | Không có |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác | <u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u> | \$20 / lần thăm khám | Không Được Đòi Thò | Lên đến 2 giờ / lần khám, lên đến 3 lần khám / ngày, lên đến 100 lần khám / năm. |
| | <u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u> | Nội trú: \$250 / ngày trong tối đa 5 ngày; Ngoại trú: \$15 / lần thăm khám | Không Được Đòi Thò | Không có |
| | <u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u> | Nội trú: \$250 / ngày trong tối đa 5 ngày. Ngoại trú: \$15 / lần thăm khám. | Không Được Đòi Thò | Không có |
| | <u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u> | \$150 / ngày trong tối đa 5 ngày | Không Được Đòi Thò | Tối đa 100 ngày / giai đoạn quyền lợi |
| | <u>Thiết bị y khoa lâu bền</u> | 10% <u>Tiền Đồng Bảo Hiểm</u> | Không Được Đòi Thò | Cần được cho phép trước |
| | <u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u> | Miễn phí | Không Được Đòi Thò | Không có |
| Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt | Khám mắt cho trẻ em | Miễn phí | Không Được Đòi Thò | Không có |
| | Mắt kính cho trẻ em | Miễn phí | Không Được Đòi Thò | Giới hạn một cặp kính một năm từ mắt kính và gọng kính được chọn. |
| | Khám răng cho trẻ em | Miễn phí | Không Được Đòi Thò | Giới hạn hai lần khám sức khỏe tổng quát một năm. |

Dịch Vụ Loại Trừ và Các Dịch Vụ Được Đòi Thò Khác:

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Những Dịch Vụ mà <u>Chương Trình</u> của Quý Vị Thường KHÔNG Đòi Thò (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất cứ <u>dịch vụ loại trừ</u> nào khác). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc nắn khớp xương Phẫu thuật thẩm mỹ Chăm sóc nha khoa (Người lớn) Dụng cụ trợ thính | <ul style="list-style-type: none"> Điều trị vô sinh Chăm sóc dài hạn Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ. Chăm sóc điều dưỡng riêng | <ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn) Chăm sóc bàn chân định kỳ Chương trình giảm cân |
| Các Dịch Vụ Được Đòi Thò Khác (Có thể áp dụng các giới hạn cho những dịch vụ này. Đây không phải là một danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Phá Thai | <ul style="list-style-type: none"> Châm cứu (được nhà cung cấp thuộc chương trình giới thiệu) | <ul style="list-style-type: none"> Phẫu thuật giảm cân |

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan có thể hỗ trợ nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm của quý vị kết thúc. Thông tin liên lạc của những cơ quan đó có trong bảng bên dưới. Cũng có thể có những lựa chọn bảo hiểm khác dành cho quý vị, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318-2596.

Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị: Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị than phiền về chương trình của mình vì bị từ chối yêu cầu thanh toán. Than phiền này được gọi là phàn nàn hay khiếu nại. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được cho yêu cầu thanh toán y tế đó. Tài liệu chương trình của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách nộp yêu cầu thanh toán, khiếu nại hoặc phàn nàn vì bất cứ lý do gì cho chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc cần được trợ giúp, hãy liên lạc cơ quan trong bảng dưới. Ngoài ra, chương trình hỗ trợ khách hàng có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại. Hãy liên hệ với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý và Sở Bảo Hiểm của California tại 980 9th St, Suite #500 Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219 hoặc <http://www.HealthHelp.ca.gov>.

Thông Tin Liên Lạc về Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm và Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị:

| | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ban Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente | 1-800-278-3296 (TTY: 711) hoặc www.kp.org/memberservices |
| California Department of Insurance (Sở Bảo Hiểm California) | 1-800-927-HELP (4357) hoặc www.insurance.ca.gov |
| Cơ Quan Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế California | 1-888-466-2219 hoặc www.healthhelp.ca.gov/ |

Chương trình này có cung cấp Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu không? Có.

Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu thường bao gồm các chương trình, bảo hiểm y tế được cung cấp thông qua Thị Trường hoặc các hợp đồng bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm.

Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không? Không Áp Dụng.

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu, quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị trả cho một chương trình thông qua Thị Trường.

Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY:711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-757-7585 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

Để xem các ví dụ về cách thức chương trình này có thể đài thọ các chi phí cho một trường hợp y tế mẫu, hãy xem mục tiếp theo.

Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:



Đây không phải là một công thức ước tính chi phí. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá được tính bởi nhà cung cấp của quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào các khoản chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và các dịch vụ loại trừ theo chương trình. Dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý những ví dụ về bảo hiểm này được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

Peg Sắp Có Con

(9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$0
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$30
- Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$250
- Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) \$15

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa (chăm sóc tiền sản)

Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Con/Sinh Đẻ

Dịch Vụ tại Cơ Sở về Sinh Con/Sinh Đẻ

Kiểm tra chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)

Khám với bác sĩ chuyên khoa (thuốc gây mê/tê)

Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe

(một năm chăm sóc thường kỳ trong mạng lưới cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$0
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$30
- Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$250
- Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) \$15

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính (bao gồm hướng dẫn về bệnh)

Kiểm tra chẩn đoán (xét nghiệm máu)

Thuốc theo toa

Thiết bị y khoa lâu bền (máy đo glucose)

Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia

(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- Tổng số tiền khấu trừ của chương trình \$0
- Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$30
- Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$250
- Tiền đồng trả khác (chụp X-quang) \$30

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm vật tư y tế)

Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang)

Thiết bị y khoa lâu bền (nanh)

Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

Tổng Chi Phí Mẫu \$12,700

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:

| Khoản Chia Sẻ Chi Phí | |
|-----------------------------------|--------------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$0 |
| <u>Tiền đồng trả</u> | \$500 |
| <u>Tiền đồng bảo hiểm</u> | \$0 |
| Những gì không được đài thọ | |
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$50 |
| Tổng số tiền Peg sẽ trả là | \$550 |

Tổng Chi Phí Mẫu \$5,600

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:

| Khoản Chia Sẻ Chi Phí | |
|-----------------------------------|--------------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$0 |
| <u>Tiền đồng trả</u> | \$600 |
| <u>Tiền đồng bảo hiểm</u> | \$50 |
| Những gì không được đài thọ | |
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$0 |
| Tổng số tiền Joe sẽ trả là | \$650 |

Tổng Chi Phí Mẫu \$2,800

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

| Khoản Chia Sẻ Chi Phí | |
|-----------------------------------|--------------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$0 |
| <u>Tiền đồng trả</u> | \$500 |
| <u>Tiền đồng bảo hiểm</u> | \$0 |
| Những gì không được đài thọ | |
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$0 |
| Tổng số tiền Mia sẽ trả là | \$500 |

Chương trình sẽ chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại của những dịch vụ được đài thọ MÃU này.

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Service Contact Center 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. Auxiliary aids and services for individuals with disabilities are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. You may request materials translated in your language at no cost to you. You may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs at no cost to you. For more information, call **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* or speak with a Member Services representative for the dispute-resolution options that apply to you.

You may submit a grievance in the following ways:

- **By phone:** Call member services at **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays).
- **By mail:** Call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)** and ask to have a form sent to you.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at kp.org/facilities for addresses).
- **Online:** Use the online form on our website at kp.org.

Please call our Member Service Contact Center if you need help submitting a grievance.

The Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at:

Northern California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma sin costo para usted. También los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (TTY **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a servicio a los miembros al **1-800-788-0616** (TTY **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** Llámenos al **1-800-788-0616** (TTY **711**) y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** Llene un formulario de Queja Formal o Reclamo/Solicitud de Beneficios en una oficina de servicio a los miembros ubicada en un Centro de Atención del Plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [haga clic en "Español"] para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al Coordinador de Derechos Civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en:

Northern California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el Portal de Quejas Formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés).

無歧視公告

Kaiser Permanente 禁止以年齡、人種、族裔、膚色、原國籍、文化背景、血統、宗教、性別、性別認同、性別表達、性取向、婚姻狀況、生理或心理殘障、付款來源、遺傳資訊、公民身份、主要語言或移民身份為由而歧視任何人。

會員服務聯絡中心每週 7 天每天 24 小時提供語言協助服務（節假日除外）。本機構在全部營業時間內免費為您提供口譯服務，包括手語服務，以及殘障人士輔助器材和服務。我們還可為您和您的親友提供使用本機構設施與服務所需要的任何特別協助。您可免費索取翻譯成您的語言的資料。您還可免費索取符合您需求的大號字體或其他格式的版本。若需更多資訊，請致電 **1-800-757-7585**（TTY**711**）。

申訴指任何您或您的授權代表透過申訴程序來表達不滿的做法。例如，如果您認為自己受到歧視，即可提出申訴。若需瞭解適用於自己的爭議解決選項，請參閱《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*)或《保險證明書》(*Certificate of Insurance*)，或諮詢會員服務代表。

您可透過以下方式提出申訴：

- **透過電話**：請致電 **1-800-757-7585**（TTY **711**）與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）。
- **透過郵件**：請致電 **1-800-757-7585**（TTY **711**）與我們聯絡並請我們將表格寄給您。
- **親自遞交**：在計劃設施的會員服務辦事處填寫投訴或福利理索賠／申請表（請參閱 kp.org/facilities 上的保健業者名錄以查看地址）
- **線上**：使用我們網站上的線上表格，網址為 kp.org

如果您在提交申訴時需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心。

涉及人種、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障歧視的一切申訴都將通知 Kaiser Permanente 的民權事務協調員 (Civil Rights Coordinator)。您也可與 Kaiser Permanente 的民權事務協調員直接聯絡，地址：

Northern California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

您還可以電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站(Office for Civil Rights Complaint Portal) 向美國衛生與民眾服務部(U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦公室(Office for Civil Rights) 提出民權投訴，網址是 ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 或者按照如下資訊採用郵寄或電話方式聯絡：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)。投訴表可從網站 hhs.gov/ocr/office/file/index.html 下載。

NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Arabic: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات مهمة من Kaiser Permanente. إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم هذه المعلومات، يرجى الاتصال على الرقم **1-800-464-4000** وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء أيام العطلات الرسمية.

Armenian: Սա կարևոր տեղեկություն է «Kaiser Permanente»-ից: Եթե այս տեղեկությունը հասկանալու համար Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով և օժանդակություն ստանալ լեզվի հարցում: Չանզահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ բացի տոն օրերից:

Chinese: 這是來自 Kaiser Permanente 的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電 **1-800-757-7585** 尋求語言協助。我們每週 7 天，每天 24 小時皆提供協助（節假日休息）。

Farsi: این اطلاعات مهمی از سوی Kaiser Permanente می باشد. اگر در فهمیدن این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره **1-800-464-4000** تماس گرفته و برای امداد زبانی درخواست کنید. کمک و راهنمایی در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل موجود است.

Hindi: यह Kaiser Permanente की ओर से महत्वपूर्ण सूचना है। यदि आपको इस सूचना को समझने के लिए मदद की जरूरत है, तो कृपया **1-800-464-4000** पर फोन करें और भाषा सहायता के लिए पूछें। सहायता छुट्टियों को छोड़कर, सप्ताह के सातों दिन, दिन के 24 घंटे, उपलब्ध है।

Hmong: Qhov xov xwm no tseem ceeb los ntawm Kaiser Permanente. Yog koj xav tau kev pab kom nkag siab cov xov xwm no, thov hu rau **1-800-464-4000** thiab thov kev pab txhais lus. Muaj kev pab 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, tsis xam cov hnub caiv.

Japanese: Kaiser Permanente から重要なお知らせがあります。この情報を理解するためにヘルプが必要な場合は、**1-800-464-4000** に電話して、言語サービスを依頼してください。このサービスは年中無休（祝祭日を除く）でご利用いただけます。

Khmer: នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ មកពី Kaiser Permanente ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឲ្យបានយល់ដឹងព័ត៌មាននេះ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-464-4000** និងស្នើសុំជំនួយខាងភាសា។ ជំនួយគឺមាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។

Korean: 본 정보는 Kaiser Permanente 에서 전하는 중요한 메시지입니다. 본 정보를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **1-800-464-4000** 번으로 전화해 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 요일 및 시간에 관계없이 언제든지 도움을 제공해 드립니다(공휴일 제외).

Laotian: ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນສໍາຄັນຈາກ Kaiser Permanente. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະລຸນາໂທ **1-800-464-4000** ແລະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອມີໃຫ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ບໍ່ລວມວັນພັກຕ່າງໆ.

Navajo: Díí éí hane' b'ihólníihii át'éego Kaiser Permanente yee nihalne'. Díí hane'ígíí doo hazhó'ó bik'i'diitj'ihgóó t'áá shqodí koji' hodíílnih **1-800-464-4000** áko saad bee áká i'iilyeed yídííkiil. Kwe'é áká aná'álwo' t'áá álahji' naadiindíí' ahéé'ílkidgóó dóo tsosts'id jí áá'át'é. Dahodíílingóne' éí dá'deelkaal.

Punjabi: ਇਹ Kaiser Permanente ਵਲੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-800-464-4000** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪੁੱਛੋ। ਮਦਦ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ ਮੌਜੂਦ ਹੈ।

Russian: Это важная информация от Kaiser Permanente. Если Вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните по номеру **1-800-464-4000** и попросите предоставить Вам услуги переводчика. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, кроме праздничных дней.

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Tagalog: Ito ay importanteng impormasyon mula sa Kaiser Permanente. Kung kailangan ninyo ng tulong para maunawan ang impormasyong ito, mangyaring tumawag sa **1-800-464-4000** at humingi ng tulong kaugnay sa lengguwahe. May makukuhang tulong 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, maliban sa mga araw na pista opisyal.

Thai: นี่เป็นข้อมูลสำคัญจาก Kaiser Permanente หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ กรุณาโทรไปยังหมายเลข **1-800-464-4000** เพื่อขอความช่วยเหลือด้านภาษา สามารถโทรติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ยกเว้นวันหยุดเทศกาล.

Vietnamese: Đây là thông tin quan trọng từ Kaiser Permanente. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông tin này, vui lòng gọi số **1-800-464-4000** và yêu cầu được cấp dịch vụ về ngôn ngữ. Quý vị sẽ được giúp đỡ 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, trừ ngày lễ.

Trang này được để trống có chủ định.