




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](http://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 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi 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:
<b>Tổng số tiền khấu trừ là bao nhiêu?</b>	\$2,600 Cá Nhân / \$5,200 Gia Đình	Thông thường, quý vị phải trả mọi chi phí từ các <u>nhà cung cấp</u> cho đến khi đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> trước khi <u>chương trình</u> này bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cá nhân của riêng mình cho đến khi tổng chi phí <u>tiền khấu trừ</u> được trả bởi mọi thành viên trong gia đình đạt đến tổng số <u>tiền khấu trừ</u> của gia đình.
<b>Có dịch vụ được đòi thò trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình không?</b>	Có. <u>Dịch vụ chăm sóc phòng ngừa</u> và những dịch vụ được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2	<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 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
<b>Có tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không?</b>	Không.	Quý vị không cần phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cho những dịch vụ cụ thể.
<b>Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu?</b>	Y Tế: \$8,200 Cá Nhân / \$16,400 Gia Đình Nha Khoa cho Trẻ Em: \$350 Một Trẻ / \$700 Nhiều Trẻ	<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.
<b>Những gì không bao gồm trong mức giới hạn chi phí tự trả?</b>	<u>Phí bảo hiểm</u> , dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không đòi thò và các dịch vụ được nêu trong bảng bắt đầu ở 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:
<b>Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới không?</b>	Có. Xem <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> hoặc gọi 1-800-278-3296 (TTY: 711) để lấy danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới.	<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 nhà cung cấp trong <u>mạng lưới</u> của <u>chương trình</u> . 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 hoá đơn từ một <u>nhà cung cấp</u> về khoản chênh lệch giữa khoản phí của <u>nhà cung cấp</u> 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.
<b>Quý vị có cần giấy giới thiệu để đến khám với bác sĩ chuyên khoa không?</b>	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 là 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	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
<b>Nếu quý vị đi khám tại văn phòng hoặc phòng khám của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</b>	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật	\$55 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Không có
	Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$80 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Không có
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/ chủng ngừa</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Quý vị có thể phải trả cho những dịch vụ không phải <u>dịch vụ phòng ngừa</u> . Hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là <u>dịch vụ phòng ngừa</u> không. Sau đó kiểm tra xem số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị sẽ chi trả là bao nhiêu.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
<b>Nếu quý vị được kiểm tra</b>	<u>Kiểm tra chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Chụp X-quang: \$75 / lần thực hiện Xét nghiệm: \$30 / lần thực hiện	Không được đài thọ	Không có
	Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT)/Chụp cắt lớp phát xạ positron, PET), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI)	\$350 / thủ thuật	Không được đài thọ	Không có
<b>Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị</b> Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc theo toa</u> hiện có tại <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Thuốc gốc (Bậc 1)	\$20 / <u>thuốc theo toa</u> (mua lẻ), \$40 / <u>thuốc theo toa</u> (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài 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, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	\$75 <u>thuốc theo toa</u> (mua lẻ), \$150 / <u>thuốc theo toa</u> (đặt mua qua đường bưu điện).	Không được đài 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, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 2)	\$75 <u>thuốc theo toa</u> (mua lẻ), \$150 / <u>thuốc theo toa</u> (đặt mua qua đường bưu điện).	Không được đài thọ	Khoản <u>chia sẻ chi phí</u> dành cho thuốc biệt dược không ưu tiên theo chương trình này phù hợp với khoản <u>chia sẻ chi phí</u> 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)	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> tối đa \$250 / <u>thuốc theo toa</u> .	Không được đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (bán 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	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không Áp Dụng	Không được đài 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>	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	<u>Tiền đồng bảo hiểm</u> được miễn nếu được nhập viện theo chế độ bệnh nhân nội trú.
	<u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u>	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$55 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	\$55 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	<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)	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không Áp Dụng	Không được đài 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	\$55 / lần khám cá nhân, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> . Không tính phí cho các dịch vụ ngoại trú khác. Không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không được đài thọ	Sức khỏe Tâm Thần / Hành Vi: \$27 / lần khám theo nhóm, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: \$5 / lần khám theo nhóm. Không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .
	Dịch vụ nội trú	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài 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 đài thọ	Dịch vụ chuyên môn tính vào Phí Cơ Sở.
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
<b>Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác</b>	<u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không được đài thọ	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: 45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> Ngoại trú: \$65 / lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không được đài thọ	Không có
	<u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u>	Nội trú: 45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> Ngoại trú: \$65 / lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không được đài thọ	Không có
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Giới hạn lên đến 100 ngày / giai đoạn quyền lợi.
	<u>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	45% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Giới hạn quyền lợi bổ sung lên đến \$2,000 / năm cho một số vật dụng. Cần được cho phép trước.
	<u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không được đài thọ	Không có
<b>Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt</b>	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> .	Không được đài thọ	Không có
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Giới hạn một cặp mắt kính một năm cho một số gọng và tròng kính
	Khám răng cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	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 Chương Trình của Quý Vị Thường KHÔNG Đòi Thò (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất cứ dịch vụ loại trừ nào khác).

- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc nha khoa (Người lớn)
- Dụng cụ trợ thính
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ
- Chăm sóc điều dưỡng riêng
- 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 chương trình của quý vị).

- Chăm cứu (giới hạn 20 lần khám một năm kết hợp với nắn khớp xương)
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)
- Chăm sóc nắn khớp xương (giới hạn 20 lần khám một năm kết hợp với chăm cứu)
- Điều trị vô sinh
- Phá thai
- Phẫu thuật giảm cân

**Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị:** Có những cơ quan mà có thể giúp 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](http://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 hay cần được trợ giúp, hãy liên lạc các cơ quan trong bảng bên dưới.

## 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 <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Cơ Quan Quản Lý Bảo Vệ Quyền Lợi Nhân Viên của Bộ Lao Động)	1-866-444-EBSA (3272) hoặc <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Center for Consumer Information & Insurance Oversight (Trung Tâm Thông Tin Người Tiêu Dùng và Giám Sát Bảo Hiểm) thuộc Department of Health & Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh)	1-877-267-2323 x61565 hoặc <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
California Department of Insurance (Bộ Bảo Hiểm California)	1-800-927-HELP (4357) hoặc <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>
Ban Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế California	1-888-466-2219 hoặc <a href="http://www.healthhelp.ca.gov/">www.healthhelp.ca.gov/</a>

### **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? Có**

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 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 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** \$2600
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$80
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 45%
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** \$30

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*)

**Tổng Chi Phí Mẫu** \$12,700

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:

*Khoản Chia Sẻ Chi Phí*

Tiền Khấu Trừ \$2600

Tiền đồng trả \$10

Tiền đồng bảo hiểm \$3200

*Những gì không được đài thọ*

Các giới hạn hoặc loại trừ \$50

**Tổng số tiền Peg sẽ trả là** \$5860

### 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** \$2600
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$80
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 45%
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** \$30

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*)

**Tổng Chi Phí Mẫu** \$5,600

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:

*Khoản Chia Sẻ Chi Phí*

Tiền Khấu Trừ \$2600

Tiền đồng trả \$1000

Tiền đồng bảo hiểm \$200

*Những gì không được đài thọ*

Các giới hạn hoặc loại trừ \$0

**Tổng số tiền Joe sẽ trả là** \$3800

### 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** \$2600
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$80
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 45%
- **Tiền đồng trả khác (chụp X-quang)** \$75

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 (*nạng*)

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

**Tổng Chi Phí Mẫu** \$2,800

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

*Khoản Chia Sẻ Chi Phí*

Tiền Khấu Trừ \$1900

Tiền đồng trả \$400

Tiền đồng bảo hiểm \$20

*Những gì không được đài thọ*

Các giới hạn hoặc loại trừ \$0

**Tổng số tiền Mia sẽ trả là** \$2320

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



# 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 yídííki. 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.