
 Tài liệu Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa 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 đãi 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, xin xem tại www.kp.org/plandocuments gọi 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 còn thiếu, 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 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 gì?	\$0	Xem bảng các Sự Kiện Y Khoa Thông Thường bên dưới để biết phần chi phí của quý vị cho các dịch vụ mà <u>chương trình</u> này đãi thò.
Có dịch vụ được đãi thò trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của quý vị không?	Không áp dụng	<u>Chương trình</u> này đãi thò một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> . Tuy nhiên, vẫn có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> hay <u>tiền đồng bảo hiểm</u> .
Có khoản <u>tiền khấu trừ</u> nào khác cho các 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 gì?	\$2,500 Cá Nhân / \$5,000 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 các dịch vụ được đãi 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 họ cho đến khi tổng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của gia đình được đạt đến.
Những gì không được bao gồm trong <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> ?	<u>Phí bảo hiểm</u> , dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> không đãi thò, và dịch vụ 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> .
Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Vui lòng xem www.kp.org hoặc gọi 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 <u>nhà cung cấp trong 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 hóa 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> cho 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.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại sao điều này Quan Trọng:
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 tới một số <u>bác sĩ chuyên khoa</u> .	<u>Chương trình</u> sẽ chi trả một phần hoặc tất cả các chi phí khi quý vị đến khám với một <u>bác sĩ chuyên khoa</u> để nhận dịch vụ được đài thọ, nhưng chỉ khi 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 tiền khấu trừ đã được đạt đến, nếu có áp dụng tiền khấu trừ.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Căn	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hay phòng khám của <u>nhà cung cấp</u> chăm sóc sức khỏe	Khám chăm sóc chính để điều trị một chấn thương hay căn bệnh	\$20 / lần khám	Không được đài thọ	Không có
	Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$20 / lần khám	Không được đài thọ	Không có
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/</u> chủng ngừa	Không tính phí	Không được đài thọ	Quý vị có thể phải trả cho những dịch vụ không phải <u>phòng ngừa</u> . Hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải <u>phòng ngừa</u> không. Sau đó, hãy kiểm tra xem <u>chương trình</u> của quý vị sẽ chi trả cho những dịch vụ nào.
Nếu quý vị được kiểm tra	<u>Kiểm tra chẩn đoán</u> (x-quang, xét nghiệm máu)	\$10 / lần khám	Không được đài 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)]	\$50 / thủ thuật	Không được đài thọ	Không có

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Căn	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
<p>Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị</p> <p>Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc theo toa</u> hiện có tại www.kp.org/formulary.</p>	Thuốc gốc	\$10 / <u>thuốc theo toa</u> (bán lẻ); \$20 / <u>thuốc theo toa</u> (đặt mua qua đường bưu điện),	Không được đài thọ	Số lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc số lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 100 ngày khi đặt mua qua đường bưu điện. Tùy theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Không áp dụng cho <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u>
	Thuốc biệt dược ưu tiên	\$30 / <u>thuốc theo toa</u> (bán lẻ); \$60 / <u>thuốc theo toa</u> (đặt mua qua đường bưu điện),	Không được đài thọ	Số lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc số lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 100 ngày khi đặt mua qua đường bưu điện. Tùy theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . Không áp dụng cho <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u>
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	Giống như thuốc biệt dược ưu tiên	Không được đài thọ	Giống như thuốc biệt dược ưu tiên khi được chấp thuận thông qua quy trình ngoại lệ.
	<u>Thuốc đặc hiệu</u>	Giống như thuốc biệt dược ưu tiên	Không được đài thọ	Giống như thuốc biệt dược ưu tiên khi được chấp thuận thông qua quy trình ngoại lệ.
<p>Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại trú</p>	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	\$150 / thủ thuật	Không được đài thọ	Không có
	Phí điều trị với bác sĩ/ bác sĩ phẫu thuật	Không áp dụng	Không được đài thọ	Phí Điều Trị Với Bác Sĩ/Bác Sĩ Phẫu Thuật được tính trong Phí Điều Trị Tại Cơ Sở.
<p>Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức</p>	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	\$100 / lần khám	\$100 / lần 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>	\$75 / chuyến	\$75 / chuyến	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$20 / lần khám	\$20 / lần khám	<u>Nhà cung cấp Ngoài Chương Trình</u> được đài thọ khi tạm thời ở bên ngoài khu vực phục vụ.
<p>Nếu quý vị nằm viện</p>	Phí điều trị tại cơ sở (như phòng bệnh viện)	\$300 / ngày	Không được đài thọ	Không có
	Phí điều trị với bác sĩ/ bác sĩ phẫu thuật	Không áp dụng	Không được đài thọ	Phí Điều Trị Với Bác Sĩ/Bác Sĩ Phẫu Thuật được tính trong Phí Điều Trị Tại Cơ Sở.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Căn	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay điều trị hội chứng lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	Sức khỏe tâm thần / hành vi: \$20 / lần khám cá nhân. Không tính phí cho các dịch vụ ngoại trú khác; Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: \$20 / lần khám cá nhân. \$5 / ngày cho các dịch vụ ngoại trú khác.	Không được đài thọ	Sức khỏe tâm thần/hành vi: \$10 / lần thăm khám theo nhóm. Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: \$5 / lần thăm khám theo nhóm.
	Dịch vụ nội trú	\$300 / ngày	Không được đài thọ	Không có
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Không tính phí	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 khoa về sinh con/sinh đẻ	Không áp dụng	Không được đài thọ	Các dịch vụ chuyên khoa được tính trong phí điều trị tại Cơ Sở.
	Dịch vụ tại cơ sở hỗ trợ sinh đẻ/sinh con	\$300 / ngày	Không được đài thọ	Không có

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	<u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u>	Không tính phí	Không được đài thọ	Lên đến 2 giờ / lần thăm khám, lên đến 3 lần thăm khám / ngày, lên đến 100 lần thăm khám / năm.
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	Bệnh nhân ngoại trú: \$20 / lần thăm khám; Bệnh nhân nội trú: \$300 / ngày.	Không được đài thọ	Không có
	<u>Dịch vụ hỗ trợ chức năng</u>	Bệnh nhân ngoại trú: \$20 / lần thăm khám; Bệnh nhân nội trú: \$300 / ngày.	Không được đài thọ	Không có
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	Không tính phí	Không được đài thọ	Giới hạn 100 ngày / thời kỳ hưởng quyền lợi.
	<u>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Lên đến \$2,000 giới hạn quyền lợi bổ sung / năm cho một số vật dụng. Cần được <u>cho phép trước</u> .
	<u>Dịch vụ chăm sóc cuối đời</u>	Không tính phí	Không được đài thọ	Không có
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt	Khám mắt cho trẻ em	Không tính phí cho lần khám khúc xạ mắt.	Không được đài thọ	Không có
	Mắt kính cho trẻ em	Không được đài thọ	Không được đài thọ	Không có
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không được đài thọ	Không được đài thọ	Không có

Dịch Vụ Loại Trừ & Dịch Vụ Được Đài Thọ Khác:

Những Dịch Vụ mà <u>Chương Trình</u> của Quý Vị Thường Không được đài thọ (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị để biết thêm thông tin và để biết danh sách về bất cứ <u>dịch vụ loại trừ</u> nào khác.)		
<ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc chân định kỳ Chăm sóc dài hạn Chăm sóc điều dưỡng riêng Chăm sóc không cấp cứu khi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ 	<ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc nha khoa (Người lớn và trẻ em) Chương trình giảm cân Điều trị vô sinh 	<ul style="list-style-type: none"> Mắt kính cho trẻ em Phẫu thuật thẩm mỹ Thiết bị trợ thính

Các Dịch Vụ Được Đòi Thọ 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.)

<ul style="list-style-type: none"> Châm cứu (giới hạn 20 lần khám/năm kết hợp với Chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương) Chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương (giới hạn 20 lần khám/năm kết hợp với châm cứu) 	<ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc mắt định kỳ (Người Lớn) 	<ul style="list-style-type: none"> 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 của quý vị sau khi nó 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 Y Tế. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi 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 quý vị vì bị từ chối một 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, xin 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 một 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 của Quý Vị & 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
Cơ Quan Quản Lý Bảo Vệ Quyền Lợi Nhân Viên của Bộ Lao Động	1-866-444-EBSA (3272) hoặc www.dol.gov/ebsa/healthreform
Bộ Y Tế & Dịch Vụ Nhân Sinh, Trung Tâm Giám Sát Thông Tin & Bảo Hiểm cho Người Tiêu Dùng	1-877-267-2323 x61565 hoặc www.cciio.cms.gov
Bộ Bảo Hiểm California	1-800-927-HELP (4357) hoặc www.insurance.ca.gov
Bộ Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe 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 có sẵn thông qua Marketplace hoặc các chính sách thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện cho một số loại Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể không đủ điều kiện cho 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 với tín thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị trả cho một chương trình thông qua Thị Trường.

Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:

Tiếng Tây Ban Nha (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

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

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

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

Để xem những ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ chi phí cho một tình huống y tế mẫu, xin xem mục tiếp theo.

Về những 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 việc 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 những số tiền chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và 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 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 <u>tiền khấu trừ</u> của <u>chương trình</u>	\$0
■ <u>Tiền đồng trả chuyên khoa</u>	\$20
■ <u>Tiền đồng trả bệnh viện (cơ sở)</u>	\$300
■ <u>Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)</u>	\$10

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*)

Tổng Chi Phí Mẫu \$12,700

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:

<i>Phần Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền Khấu Trừ	\$0
Tiền Đồng Trả	\$400
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc trường hợp loại trừ	\$50
Tổng số tiền mà Peg sẽ trả là	\$450

Quản lý Bệnh Tiểu Đường loại 2 của Joe

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

■ Tổng <u>tiền khấu trừ</u> của <u>chương trình</u>	\$0
■ <u>Tiền đồng trả chuyên khoa</u>	\$20
■ <u>Tiền đồng trả bệnh viện (cơ sở)</u>	\$300
■ <u>Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)</u>	\$10

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính (*bao gồm việc giáo dục về bệnh*)

Kiểm tra chẩn đoán (*xét nghiệm máu*)

Thuốc theo toa

Thiết bị y khoa lâu bền (*máy đo gluco*)

Tổng Chi Phí Mẫu \$5,600

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:

<i>Phần Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền Khấu Trừ	\$0
Tiền Đồng Trả	\$800
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$100
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc trường hợp loại trừ	\$0
Tổng số tiền mà Joe sẽ trả là	\$900

Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia

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

■ Tổng <u>tiền khấu trừ</u> của <u>chương trình</u>	\$0
■ <u>Tiền đồng trả chuyên khoa</u>	\$20
■ <u>Tiền đồng trả bệnh viện (cơ sở)</u>	\$300
■ <u>Tiền đồng trả khác (chụp X-quang)</u>	\$10

Trường hợp MÃU này bao gồm những dịch vụ như:

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (*kể cả tiếp liệu y tế*)

Thiết bị y khoa lâu bền (*nạng*)

Kiểm tra chẩn đoán (*x-quang*)

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

Tổng Chi Phí Mẫu \$2,800

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

<i>Phần Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền Khấu Trừ	\$0
Tiền Đồng Trả	\$300
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$10
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc trường hợp loại trừ	\$0
Tổng số tiền mà Mia sẽ trả là	\$310

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

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: Չանգահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ քաղցի 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 yídííkií. 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.