Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm: Dịch Vụ Chương Trình này Đài Thọ và Số Tiền Quý Vị Phải Trả cho Dịch Vụ Được Đài Thọ

Thời Hạn Bảo Hiểm: Bắt đầu vào hoặc sau ngày 01/01/2025

KAISER PERMANENTE®: **Gold 80 HRA HMO 2250/35 PCP + Child Dental INF**

Bảo Hiểm dành cho: Cá Nhân / Gia Đình | **Loại Chương Trình:** Deductible HMO

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 đài thọ. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp trong tài liệu riêng. Đây chỉ là phần tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hoặc để lấy bản sao của toàn bộ điều khoản bảo hiểm, vui lòng truy cập www.kp.org/plandocuments hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của các thuật ngữ thường gặp 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 chân 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 số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để yêu cầu một bản sao.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Câu Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Tổng số tiền khấu trừ là bao nhiêu?	$2,250 dành cho Cá Nhân / $4,500 dành cho Gia Đình	Thông thường, quý vị phải trả mọi chi phí từ các nhà cung cấp cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu chi trả. Nếu các thành viên khác trong gia đình quý vị tham gia chương trình, mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến số tiền khấu trừ cá nhân của riêng mình cho đến khi tổng chi phí tiền khấu trừ được trả bởi mọi thành viên trong gia đình đạt đến tổng số tiền khấu trừ của gia đình.
Có dịch vụ nào được đài thọ trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình không?	Có. Chăm sóc phòng ngừa và những dịch vụ được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2	Chương trình này đài thọ một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số tiền khấu trừ. Nhưng có thể áp dụng tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm. Ví dụ, chương trình này đài thọ một số dịch vụ phòng ngừa nhất định mà không có khoản chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Có tiền khấu trừ nào khác cho những dịch vụ cụ thể không?	Có. Biệt dược và thuốc chuyên khoa theo toa. $100 dành cho Cá Nhân / $200 dành cho Gia Đình. Không có tiền khấu trừ cụ thể nào khác.	Quý vị phải trả tất cả chi phí cho các dịch vụ này cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ cụ thể trước khi chương trình này bắt đầu thanh toán cho các dịch vụ này.
Giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu?	$8,500 dành cho Cá nhân / $17,000 dành cho Gia đình. $350 dành cho Một Trẻ / $700 dành cho Nhiều Trẻ đối với quyền lợi Nha Khoa cho Trẻ Em.	Giới hạn chi phí tự trả là số tiền cao nhất mà quý vị có thể trả trong một năm cho những dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này, họ phải đạt đến các giới hạn chi phí tự trả của riêng mình cho đến khi đạt được tổng giới hạn chi phí tự trả của gia đình.
Những khoản nào không bao gồm trong giới hạn chi phí tự trả?	Phí bảo hiểm và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không đài thọ, được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2.	Mặc dù quý vị chi trả những chi phí này nhưng chúng không được tính vào giới hạn chi phí tự trả.

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

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

Sự Kiện Y Khoa Thường Gặp	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	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 đến khám tại văn phòng hay phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật	$35 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Không Có
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	$50 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Không Có
	Chăm sóc phòng ngừa / khám sàng lọc / chủng ngừa	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Quý vị có thể phải trả cho những dịch vụ không phải dịch vụ phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp 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 chương trình của quý vị sẽ trả.

Sự Kiện Y Khoa Thường Gặp	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	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 phải xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	25% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Không có
	Chụp chiếu (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])	25% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Không Có
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin bổ sung về **bảo hiểm thuốc theo toa** hiện có tại www.kp.org/formulary	Thuốc gốc (Bậc 1)	$15 / toa thuốc (mua lẻ) $30 / thuốc theo toa (đặt mua qua đường bưu điện), không áp dụng tiền khấu trừ	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, không áp dụng tiền khấu trừ. Tuân theo quy định trong danh mục thuốc.
	Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	$30 / toa thuốc (mua lẻ) $60 / toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện), sau khi áp dụng tiền khấu trừ cho thuốc	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. Tuân theo quy định trong danh mục thuốc.
	Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 2)	$30 / toa thuốc (mua lẻ) $60 / toa thuốc (đặt mua qua đường bưu điện), sau khi áp dụng tiền khấu trừ cho thuốc	Không được đài thọ	Khoản chia sẻ chi phí dành cho thuốc biệt dược không ưu tiên theo chương trình 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 xét ngoại lệ đối với danh mục thuốc.
	Thuốc chuyên khoa (Bậc 4)	20% tiền đồng bảo hiểm tối đa $250 / toa thuốc, sau khi áp dụng tiền khấu trừ cho thuốc	Không được đài thọ	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (mua lẻ). Tuân theo quy định trong danh mục thuốc.
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	25% tiền đồng bảo hiểm	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.

Sự Kiện Y Khoa Thường Gặp	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	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 cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	25% tiền đồng bảo hiểm	25% tiền đồng bảo hiểm	Tiền đồng bảo hiểm được miễn nếu nhập viện theo chế độ bệnh nhân nội trú.
	Chuyên chở y tế cấp cứu	25% tiền đồng bảo hiểm	25% tiền đồng bảo hiểm	Không Có
	Chăm sóc khẩn cấp	$35 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Dịch vụ của nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình được đài thọ khi quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ: $35 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	25% tiền đồng bảo hiểm	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	$35 / lần thăm khám cá nhân, không áp dụng tiền khấu trừ. Không tính phí các dịch vụ ngoại trú khác, không áp dụng tiền khấu trừ.	Không được đài thọ	Sức khoẻ Tâm Thần / Hành Vi: $17 / lần thăm khám theo nhóm, không áp dụng tiền khấu trừ. Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: $5 / lần thăm khám theo nhóm, không áp dụng tiền khấu trừ.
	Dịch vụ nội trú	25% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Không Có
Nếu quý vị mang thai	Thăm khám tại văn phòng	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, hoặc tiền khấu trừ. Dịch vụ chăm sóc sản phụ có thể bao gồm các xét nghiệm 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	25% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Không Có

Sự Kiện Y Khoa Thường Gặp	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	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 cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại gia	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Lên đến 2 giờ / lần khám, lên đến 3 lần khám / ngày, lên đến 100 lần khám / năm.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Nội trú: 25% tiền đồng bảo hiểm; Ngoại trú: $35 / lần thăm khám	Không được đài thọ	Không có
	Dịch vụ luyện tập chức năng	Nội trú: 25% tiền đồng bảo hiểm; Ngoại trú: $35 / lần thăm khám	Không được đài thọ	Không có
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	25% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Giới hạn 100 ngày / giai đoạn hưởng quyền lợi.
	Thiết bị y khoa lâu bền	50% tiền đồng bảo hiểm, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Giới hạn quyền lợi bổ sung lên đến $2,000 / năm cho một số vật dụng. Cần có sự cho phép trước.
	Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Không Có
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Không có
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	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 tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Giới hạn hai lần khám sức khỏe tổng quát một năm

Dịch Vụ Bị Loại Trừ và Các Dịch Vụ Được Đài Thọ Khác:

Những Dịch Vụ Mà Chương Trình Của Quý Vị Thường KHÔNG Đài Thọ (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách về bất cứ dịch vụ bị loại trừ nào khác.)

- Chăm sóc nắn khớp xương
- 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 Đài 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.)

- Phá thai
- Châm cứu (được nhà cung cấp thuộc chương trình giới thiệu)
- Phẫu thuật giảm cân
- Điều trị vô sinh
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)

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 có 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 nếu cần được trợ giúp, hãy liên hệ với 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 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 và Dịch Vụ Nhân Sinh, Trung Tâm Giám Sát Thông Tin & Bảo Hiểm cho Người Tiêu Dùng	1-877-267-2323 số máy lẻ 61565 hoặc www.cciio.cms.gov
Sở Bảo Hiểm California	1-800-927-HELP (4357) hoặc www.insurance.ca.gov
Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California	1-888-466-2219 hoặc www.dmhc.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 không 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 thanh toán cho 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)

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-757-7585 (TTY: 711)

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

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY: 711) uff

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

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-278-3296 (TTY: 711)

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-278-3296 (TTY: 711)

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 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 công thức ước tính chi phí. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách thức 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** **$2,250**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$50**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **25%**
- **Tiền đồng bảo hiểm khác (xét nghiệm máu)** **25%**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Thăm 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
Xét nghiệm chẩn đoán *(siêu âm và xét nghiệm máu)*
Thăm 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	$2,300
Tiền Đồng Trả	$0
Tiền Đồng Bảo Hiểm	$1,900
Những khoản không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$50
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	**$4,250**

Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe
(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- **Tổng số tiền khấu trừ của chương trình** **$2,250**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$50**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **25%**
- **Tiền đồng bảo hiểm khác (xét nghiệm máu)** **25%**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Thăm khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính *(bao gồm hướng dẫn về bệnh)*
Xét nghiệm 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	$200
Tiền Đồng Trả	$1,000
Tiền Đồng Bảo Hiểm	$300
Những khoản không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	**$1,500**

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** **$2,250**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$50**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **25%**
- **Tiền đồng bảo hiểm khác (chụp X-quang)** **25%**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Chăm sóc tại phòng cấp cứu *(bao gồm vật tư y tế)*
Xét nghiệm 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	$1,400
Tiền Đồng Trả	$100
Tiền Đồng Bảo Hiểm	$200
Những khoản không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	**$1,700**

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

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente[1] follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call our Member Service Contact Center, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). The call is free:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of*

[1] Kaiser Permanente is inclusive of Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, and the Southern California Medical Group

Insurance for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Medi-Cal members may call **1-855-839-7613** (TTY **711**). All other members may call **1-800-464-4000** (TTY **711**). Help is available 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays)
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **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**

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

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

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370** (TTY **711**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

  Complaint forms are available at: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**
- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019** (TTY **711** or **1-800-537-7697**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

  Complaint forms are available at: **https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html**

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.**

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجانًا على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- جميع الآخرين: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- Այլ՝ **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Chinese: 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- 所有会员：**1-800-757-7585** (TTY **711**)

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به‌صورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌جز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- سایر: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Hindi: बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं।सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Japanese: 多言語による情報支援を無料で 24 時間年中無休でご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き 24 時間週 7 日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Khmer (Cambodian): ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍ និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7 일, 하루 24 시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Laotian: ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Mien: Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnangv qiemx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Navajo: Díí hózhó nízhoní bee hane' dóó jíik'ah jóóní doonílwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádááhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háídínii bibee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bízíkinii wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólǫǫn'ígíí, 24 t'áádawołíí, 7 t'áádawołíígo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- Yadilzingo biłk'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾੱਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Russian: Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY **711**)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия TTY **711**)

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616** (TTY **711**)

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการล่าม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- Усі інші: **1-800-464-4000** (TTY **711**)

Vietnamese: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị bổ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY **711**)