



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 dưới khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-english-060723.pdf> 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 <u>tiền khấu trừ</u> là bao nhiêu?	\$2,000 dành cho Cá Nhân / \$4,000 dành cho 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 các thành viên khác trong gia đình quý vị tham gia hợp đồng bảo hiểm này, thì <u>chương trình</u> sẽ bắt đầu chi trả khi gia đình đạt đến tổng số <u>tiền khấu trừ</u> của gia đình.
Có dịch vụ nào được đài thọ trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của mình không?	Có. Các dịch vụ và chăm sóc <u>phòng ngừa</u> được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2.	<u>Chương trình</u> này đài thọ 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> .
Có <u>tiền khấu trừ</u> nào 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>Giới hạn chi phí tự trả</u> cho <u>chương trình</u> này là bao nhiêu?	\$3,500 dành cho Cá Nhân / \$7,000 dành cho Gia Đình	<u>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 đài thọ. Nếu các thành viên khác trong gia đình quý vị tham gia <u>chương trình</u> này, thì gia đình phải đạt đến <u>giới hạn chi phí tự trả</u> của gia đình.
Những khoản nào không bao gồm trong <u>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 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 <u>giới hạn chi phí tự trả</u> .
Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Vui lòng truy cập www.kp.org hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để biết danh sách các <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 của chương trình</u> . Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ <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 rằng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> để cung cấp một số dịch vụ (như xét nghiệm). Hãy kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Câu 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 đến một số <u>bác sĩ chuyên khoa</u> .	<u>Chương trình</u> này sẽ trả một phần hoặc tất cả các chi phí để quý vị đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> để nhận các 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 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 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 đến khám tại văn phòng hay phòng khám của <u>nhà cung cấp</u> dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật	Miễn phí	Không được đài thọ	Không có
	Thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	Miễn phí	Không được đài thọ	Không có
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/khám sàng lọc</u> /chủng ngừa	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 dịch vụ <u>phòng ngừa</u> . Hãy hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ <u>phòng ngừa</u> không. Sau đó kiểm tra số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị sẽ trả.
Nếu quý vị phải xét nghiệm	<u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Miễn phí	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])	\$50 / thủ thuật	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 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 thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc theo toa</u> hiện có tại www.kp.org/formulary	Thuốc gốc (Bậc 1)	\$10 / <u>toa thuốc</u> (mua lẻ) \$20 / <u>toa thuốc</u> (đặt mua qua đường bưu điện)	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi mua qua đường bưu điện. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	\$30 / <u>toa thuốc</u> (mua lẻ) \$60 / <u>toa thuốc</u> (đặt mua qua đường bưu điện)	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 100 ngày khi mua qua đường bưu điện. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 2)	\$30 / <u>toa thuốc</u> (mua lẻ) \$60 / <u>toa thuốc</u> (đặt mua qua đường bưu điện)	Không được đòi hỏi	<u>Khoản chia sẻ chi phí</u> dành cho thuốc biệt dược không ưu tiên theo chương trình này phù hợp với <u>khoản chia sẻ chi phí</u> dành cho thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2) khi được chấp thuận thông qua quy trình xét ngoại lệ đối với <u>danh mục thuốc</u> .
	<u>Thuốc chuyên khoa</u> (Bậc 4)	\$30 / <u>toa thuốc</u> (mua lẻ)	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (mua lẻ). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	\$150 / thủ thuật	Không được đòi hỏi	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không Áp Dụng	Không được đòi hỏi	Phí Bác Sĩ/Bác Sĩ Phẫu Thuật được 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>	\$100 / lần thăm khám	\$100 / 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>	\$100 / chuyến	\$100 / chuyến	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	Miễn phí	Không được đòi hỏi	<u>Nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình</u> được đòi hỏi khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ. Miễn phí
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	\$300 / ngày	Không được đòi hỏi	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không Áp Dụng	Không được đòi hỏi	Phí Bác Sĩ/Bác Sĩ Phẫu Thuật được tính vào Phí Cơ Sở.

Sự Kiện Y Khoa Thường Gặp	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 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	Miễn phí / lần thăm khám cá nhân hoặc theo nhóm; Miễn phí các dịch vụ ngoại trú khác.	Không được đài thọ	Không có
	Dịch vụ nội trú	\$300 / ngày	Không được đài thọ	Không có
Nếu quý vị mang thai	Thăm 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> . 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	\$300 / ngày	Không được đài thọ	Không có
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>	Miễn phí	Không được đài thọ	Tối đa 2 giờ / lần thăm khám, tối đa 3 lần thăm khám / ngày, tối đa 100 lần thăm khám / năm.
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	Ngoại trú: Miễn phí Nội trú: \$300 / ngày	Không được đài thọ	Không có
	<u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u>	Ngoại trú: Miễn phí Nội trú: \$300 / ngày	Không được đài thọ	Không có
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	Miễn phí	Không được đài thọ	Giới hạn 100 ngày / giai đoạn hưởng quyền lợi.
	<u>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	Miễn phí	Không được đài thọ	Cần có sự cho phép trước.
	<u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u>	Miễn phí	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 khám khúc xạ	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 Bị 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 về bất cứ dịch vụ bị loại trừ nào khác.)

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| • Mắt kính cho trẻ em | • Dụng cụ trợ thính | • Chăm sóc điều dưỡng riêng |
| • Chăm sóc nắn khớp xương | • Điều trị vô sinh | • Chăm sóc bàn chân định kỳ |
| • Phẫu thuật thẩm mỹ | • Chăm sóc dài hạn | • Chương trình giảm cân |
| • Chăm sóc nha khoa (Người lớn và trẻ em) | • Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ | |

Các Dịch Vụ Được Đòi Thò Khác (Có thể áp dụng các giới hạn cho những dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu chương trình của quý vị.)

- | | | |
|--|-----------------------|------------------------------------|
| • Chăm cứu (được nhà cung cấp thuộc chương trình giới thiệu) | • Phẫu thuật giảm cân | • 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. Quý vị cũng có thể có những lựa chọn bảo hiểm khác, 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, cũng như 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.dmh.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? 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)

[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, kwiiijigo 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 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 bị 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 \$4,000 Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$0 Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$300 Tiền đồng trả khác \$0 Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như: Thăm khám tại văn phòng của <u>bác sĩ chuyên khoa</u> (<u>chăm sóc tiền sản</u>) Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Con/Sinh Đẻ Dịch Vụ tại Cơ Sở về Sinh Con/Sinh Đẻ <u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (<u>siêu âm và xét nghiệm máu</u>) Thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> (<u>thuốc gây mê/tê</u>) <table><tr><td>Tổng Chi Phí Mẫu</td><td>\$12,700</td></tr><tr><td colspan="2">Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:</td></tr><tr><td colspan="2">Khoản Chia Sẻ Chi Phí</td></tr><tr><td>Tiền Khấu Trừ</td><td>\$4,000</td></tr><tr><td>Tiền Đồng Trả</td><td>\$300</td></tr><tr><td>Tiền Đồng Bảo Hiểm</td><td>\$0</td></tr><tr><td colspan="2">Những khoản không được đài thọ</td></tr><tr><td>Các giới hạn hoặc loại trừ</td><td>\$50</td></tr><tr><td>Tổng số tiền Peg sẽ trả là</td><td>\$4,350</td></tr></table>	Tổng Chi Phí Mẫu	\$12,700	Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:		Khoản Chia Sẻ Chi Phí		Tiền Khấu Trừ	\$4,000	Tiền Đồng Trả	\$300	Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0	Những khoản không được đài thọ		Các giới hạn hoặc loại trừ	\$50	Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$4,350	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 \$4,000 Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$0 Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$300 Tiền đồng trả khác \$0 Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như: Thăm khám tại văn phòng của <u>bác sĩ chăm sóc chính</u> (<u>bao gồm hướng dẫn về bệnh</u>) <u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (<u>xét nghiệm máu</u>) <u>Thuốc theo toa</u> <u>Thiết bị y khoa lâu bền</u> (<u>máy đo glucose</u>) <table><tr><td>Tổng Chi Phí Mẫu</td><td>\$5,600</td></tr><tr><td colspan="2">Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:</td></tr><tr><td colspan="2">Khoản Chia Sẻ Chi Phí</td></tr><tr><td>Tiền Khấu Trừ</td><td>\$4,000</td></tr><tr><td>Tiền Đồng Trả</td><td>\$80</td></tr><tr><td>Tiền Đồng Bảo Hiểm</td><td>\$0</td></tr><tr><td colspan="2">Những khoản không được đài thọ</td></tr><tr><td>Các giới hạn hoặc loại trừ</td><td>\$0</td></tr><tr><td>Tổng số tiền Joe sẽ trả là</td><td>\$4,080</td></tr></table>	Tổng Chi Phí Mẫu	\$5,600	Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:		Khoản Chia Sẻ Chi Phí		Tiền Khấu Trừ	\$4,000	Tiền Đồng Trả	\$80	Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0	Những khoản không được đài thọ		Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0	Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$4,080	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 \$4,000 Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa \$0 Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) \$300 Tiền đồng trả khác \$0 Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như: <u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u> (<u>bao gồm vật tư y tế</u>) <u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (<u>chụp X-quang</u>) <u>Thiết bị y khoa lâu bền</u> (<u>ngang</u>) <u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u> (<u>vật lý trị liệu</u>) <table><tr><td>Tổng Chi Phí Mẫu</td><td>\$2,800</td></tr><tr><td colspan="2">Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:</td></tr><tr><td colspan="2">Khoản Chia Sẻ Chi Phí</td></tr><tr><td>Tiền Khấu Trừ</td><td>\$2,800</td></tr><tr><td>Tiền Đồng Trả</td><td>\$0</td></tr><tr><td>Tiền Đồng Bảo Hiểm</td><td>\$0</td></tr><tr><td colspan="2">Những khoản không được đài thọ</td></tr><tr><td>Các giới hạn hoặc loại trừ</td><td>\$0</td></tr><tr><td>Tổng số tiền Mia sẽ trả là</td><td>\$2,800</td></tr></table>	Tổng Chi Phí Mẫu	\$2,800	Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:		Khoản Chia Sẻ Chi Phí		Tiền Khấu Trừ	\$2,800	Tiền Đồng Trả	\$0	Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0	Những khoản không được đài thọ		Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0	Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$2,800
Tổng Chi Phí Mẫu	\$12,700																																																							
Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:																																																								
Khoản Chia Sẻ Chi Phí																																																								
Tiền Khấu Trừ	\$4,000																																																							
Tiền Đồng Trả	\$300																																																							
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0																																																							
Những khoản không được đài thọ																																																								
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$50																																																							
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$4,350																																																							
Tổng Chi Phí Mẫu	\$5,600																																																							
Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:																																																								
Khoản Chia Sẻ Chi Phí																																																								
Tiền Khấu Trừ	\$4,000																																																							
Tiền Đồng Trả	\$80																																																							
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0																																																							
Những khoản không được đài thọ																																																								
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0																																																							
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$4,080																																																							
Tổng Chi Phí Mẫu	\$2,800																																																							
Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:																																																								
Khoản Chia Sẻ Chi Phí																																																								
Tiền Khấu Trừ	\$2,800																																																							
Tiền Đồng Trả	\$0																																																							
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0																																																							
Những khoản không được đài thọ																																																								
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0																																																							
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$2,800																																																							

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

Nondiscrimination Notice

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at kp.org.

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

We do not 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 Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.

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

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with us 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 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:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **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:

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

California Department of Health Care Services Office of Civil Rights 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 of 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

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the **Office of Civil Rights Complaint Portal** at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Notice of Language Assistance

English: ATTENTION. Language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week

Arabic: تنبيه. المساعدة اللغوية متوفرة بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضاً طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا للحصول على المساعدة. لا تعمل خدمات الأعضاء في العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

Armenian: ՈւՆԴԱՂՈՒԹՅՈՒՆ: Լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք անհրաժեշտ են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613 (TTY 711)**, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Chinese: 请注意，我们有免费语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式的文本，如盲文、音频或大字版。您还可以要求使用我们设施中的语言辅助工具和设备。请联系会员服务部以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

- Medicare, 包括 D-SNP : **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点
- Medi-Cal : **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 每周 7 天, 每天 24 小时
- 所有其他保险计划 : **1-800-757-7585 (TTY 711)**, 每周 7 天, 每天 24 小时

Farsi: توجه. امکان بهره‌مندی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با خدمات اعضای ما تماس بگیرید. خدمات اعضاء، در تعطیلات رسمی بسته است.

- Medicare, شامل D-SNP : با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

Hindi: ध्यान दें। भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंग्वेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

Hmong: FAJ SEEB. Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suab lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab rau ntawm peb Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Lub chaw pab tswv cuab kaw rau cov hnuv so uas tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij

Japanese: ご注意。 言語サポートは無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門にお電話ください。加入者向けサービスは主要な休日では営業していません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815 (TTY 711)**、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000 (TTY 711)**、24 時間、年中無休

Khmer (Cambodian): យកចិត្តទុកដាក់។ ជំនួយភាសាគឺមានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្នាម សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំ

ជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ សេវាសមាជិកត្រូវបាន បិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare, រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀត: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

Korean: 안내 사항. 무료 언어 지원 제공. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 부서에 도움을 요청하시기 바랍니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함), 주 7일 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 주 7일, 하루 24시간
- 기타: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 주 7일, 하루 24시간

Laotian: ໂປດຊາບ. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານສາມາດຊໍ້ໃຫ້ ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນເຊັ່ນອັກສອນນັ້ນ, ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍ ຟັງ ແລະ ອປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໃຫ້ທ່ານພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການ ສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສໍາຄັນຕ່າງໆ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ອື່ນໆ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

Mien: CAU FIM JANGX LONGX OC. Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndorqv nyaanh cingv oc. Meih corc haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx. Meih aengx haih tov taux ninh mbuo dorh nyungc horngh jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hlou, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn ziux goux baengc mienh nyei dorngx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc se gec mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc.

- Medicare, caux D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, yiem 8 dimv lungh ndorm taux 8 dimv lungh muonx, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Yietc zungv da'nyeic diuc jauv-louc: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi

Navajo: GIHA. Tséé' naalkáah síd'ígíí éí doo t'ée' ííł'í' dah síd'ígíí. T'ée' góó t'í'í'ígíí éí tséé' naalkáah síd'ígíí bik'á' dah síd'ígíí, t'á'ii bik'eh dah na'álkaígíí. T'á'ii éí t'ée' góó t'í'í'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'ée' bik'eh dah na'álkaígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'álkaígíí bik'á' dah na'álkaígíí t'á'á'altso bik'eh dah deidiyós. Bi'ée' naalkáah síd'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'álkaígíí éí bik'eh dah naazhja'ígíí bik'eh dah na'álkaígíí.

- Medicare, bikáa' dah deidiyós D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jǐ t'áálá'í damóo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áálá'í jǐ, 7 jǐ t'áálá'í damóo
- T'áa al'aa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áálá'í jǐ, 7 jǐ t'áálá'í damóo

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਜਿਸ ਵਿੱਚ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

Russian: ВНИМАНИЕ! Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, без выходных с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.

Spanish: ATENCIÓN. Se ofrece ayuda en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los otros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tagalog: PAUNAWA. May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong. Ang mga serbisyo sa miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Thai: ส่งถึง มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษา แก่ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสาร เป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือ และอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8.00 น. ถึง 20.00 น. หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

Ukrainian: УВАГА! Послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів. Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, з 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.

Vietnamese: LƯU Ý. Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp. Ban dịch vụ hội viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

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