Tài liệu Bản Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SBC) sẽ giúp quý vị chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe. SBC cho quý vị biết cách quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí cho các 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 riêng. Đây chỉ là bản tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hoặc để nhận bản in đầy đủ về các điều khoản bảo hiểm, hãy xem www.kp.org/plandocuments hoặc gọi 1-800-278-3296 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ thông dụng, chẳng hạn như số tiền được cho phép, lập hóa đơn phụ thu, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp, hoặc các thuật ngữ được gạch chân khác, vui lòng xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại http://www.healthcare.gov/sbc-glossary hoặc gọi 1-800-278-3296 (TTY: 711) để xin nhận một bản in.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Tổng tiền khấu trừ là gì?	$325 Cá Nhân/$650 Gia Đình	Thông thường, quý vị phải thanh toán tất cả các chi phí từ nhà cung cấp cho đến tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình, mỗi thành viên gia đình phải đạt đến số tiền khấu trừ cá nhân của riêng họ cho đến khi tổng chi phí tiền khấu trừ do tất cả các thành viên gia đình chi trả đạt đến tiền khấu trừ tổng thể của cả gia đình.
Có những dịch vụ được đài thọ trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ của mình không?	Có. Chăm sóc phòng ngừa, quyền lợi Bổ Sung và các dịch vụ được nêu ra trong bảng bắt đầu từ 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. Tuy nhiên, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm có thể áp dụng. Ví dụ: chương trình này đài thọ một số dịch vụ phòng ngừa nhất định mà không cần phần chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ. Xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Có những khoản tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không cần phải đạt đến tiền khấu trừ cho các dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là gì?	$8,600 Cá Nhân/$17,200 Gia Đình. $350 Trẻ Em/$700 Trẻ Em trong Chương Trình Chăm Sóc Nha Khoa.	Mức 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 các thành viên gia đình khác tham gia chương trình này, họ phải đạt đến giới hạn chi phí tự trả của riêng mình cho đến khi đạt đến giới hạn chi phí tự trả tổng thể của cả gia đình.
Những gì không được bao gồm trong mức giới hạn chi phí tự trả?	Phí bảo hiểm, phí lập hóa đơn phụ thu, và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không đài thọ, được nêu ra trong bảng bắt đầu từ trang 2.	Mặc dù quý vị thanh toán các chi phí này nhưng chúng không được tính vào giới hạn chi phí tự trả.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới không?	Có. Hãy xem www.kp.org/kpplus/ca hoặc gọi 1-800-788-0710 (TTY: 711) để xem danh sách các nhà cung cấp trong mạng lưới.	Chương trình này sử dụng mạng lưới nhà cung cấp. Quý vị sẽ trả ít hơn nếu sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình. Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất nếu sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho phần chênh lệch giữa phí của nhà cung cấp và số tiền mà chương trình của quý vị chi trả (lập hóa đơn phụ thu). Hãy lưu ý rằng nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho một số dịch vụ (chẳng hạn 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 một bác sĩ chuyên khoa không?	Có, nhưng quý vị có thể tự giới thiệu đến một số bác sĩ chuyên khoa nhất định.	Chương trình này sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để quý vị đến khám với một bác sĩ chuyên khoa để nhận 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.

Tất cả các chi phí tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm được trình bày trong bảng này là sau khi tiền khấu trừ đã đạt được, nếu có áp dụng tiền khấu trừ.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Thuộc 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 nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe	Khám chăm sóc chính để điều trị một chấn thương hay căn bệnh	$40/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: $60/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	Khám với bác sĩ chuyên khoa	$60/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: $80/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	Chăm sóc phòng ngừa/kiểm tra sàng loc/chủng ngừa	Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Quý vị có thể phải trả tiền cho các dịch vụ không phải dịch vụ phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị xem các dịch vụ cần thiết có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó, hãy kiểm tra xem chương trình của quý vị sẽ chi trả cho những dịch vụ nào. Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị được kiểm tra	Kiểm tra chẩn đoán (chụp x-quang, xét nghiệm máu)	Chụp X-quang: $60/lần khám bệnh, không áp dụng tiền khấu trừ Xét nghiệm: $40/lần khám bệnh, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: Chụp X-quang: $80/lần khám bệnh, không áp dụng tiền khấu trừ Bổ sung: Xét nghiệm: $50/lần khám bệnh, không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	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])	$350/thủ thuật	Không được đài thọ	Không
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/toa thuốc (đặt mua qua bưu điện), không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: $20/toa thuốc (mua lẻ), không áp dụng tiền khấu trừ	Số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày (bán lẻ); số lượng thuốc dùng cho 100 ngày (đặt mua qua bưu điện). Thuốc tránh thai là miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ. Tuân theo quy định về danh mục thuốc . Bổ sung: Tổng cộng 5 lần cấp thuốc/năm.
	Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	$50/toa thuốc (mua lẻ), $100/toa thuốc (đặt mua qua bưu điện), không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: $70/toa thuốc (mua lẻ), không áp dụng tiền khấu trừ	Số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày (bán lẻ); số lượng thuốc dùng cho 100 ngày (đặt mua qua bưu điện). Tuân theo quy định về danh mục thuốc . Bổ sung: Tổng cộng 5 lần cấp thuốc/năm.
	Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 2)	$50/toa thuốc (mua lẻ), $100/toa thuốc (đặt mua qua bưu điện), không áp dụng tiền khấu trừ	Bổ sung: $70/toa thuốc (mua lẻ), không áp dụng tiền khấu trừ	Phần chia sẻ chi phí cho thuốc biệt dược không ưu tiên theo chương trình này phù hợp với phần chia sẻ chi phí cho thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2), khi được phê duyệt thông qua quy trình ngoại lệ của danh mục thuốc. Bổ sung: Tổng cộng 5 lần cấp thuốc/năm.
	Thuốc chuyên khoa (Bậc 4)	20% tiền đồng bảo hiểm lên đến $250/toa thuốc	Không được đài thọ	Số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày (bán lẻ). Tuân theo quy định về danh mục thuốc.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	$350/thủ thuật	Không được đài thọ	Không
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không áp dụng	Không được đài thọ	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật bao gồm trong Phí cơ sở.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	$300/lần thăm khám	$300/lần thăm khám	Tiền đồng trả sẽ được miễn trừ nếu nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú.
	Chuyên chở cấp cứu y tế	$250/chuyến	$250/chuyến	Không
	Chăm sóc khẩn cấp	$40/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình được đài thọ khi tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ: $40/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ.
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	$600/ngày, tối đa 5 ngày	Không được đài thọ	Không
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không áp dụng	Không được đài thọ	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật bao gồm trong Phí cơ sở.
Nếu quý vị cần các dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	Miễn phí cho lần thăm khám cá nhân hoặc theo nhóm, không áp dụng tiền khấu trừ. Miễn phí cho các dịch vụ ngoại trú khác, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: $20/lần thăm khám cá nhân, không áp dụng tiền khấu trừ. $20 cho các dịch vụ ngoại trú khác, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi: $27/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. Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	Dịch vụ nội trú	$600/ngày, tối đa 5 ngày	Không được đài thọ	Không

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ.	Tùy thuộc vào loại dịch vụ, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, hoặc tiền khấu trừ có thể áp dụng. 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). Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	Dịch vụ chuyên khoa về sinh đẻ/sinh nở	Không áp dụng	Không được đài thọ	Dịch vụ chuyên khoa bao gồm trong Phí cơ sở.
	Dịch vụ tại cơ sở chuyên khoa sinh con/sinh đẻ	$600/ngày, tối đa 5 ngày	Không được đài thọ	Không
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại nhà	$30/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ.	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.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Bệnh nhân nội trú: $600/ngày, tối đa 5 ngày. Bệnh nhân ngoại trú: $40/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: $60/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	Dịch vụ cải thiện chức năng	Bệnh nhân nội trú: $600/ngày, tối đa 5 ngày. Bệnh nhân ngoại trú: $40/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: $60/lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	$500/ngày, tối đa 5 ngày.	Không được đài thọ	Giới hạn 100 ngày/giai đoạn quyền lợi.
	Thiết bị y khoa lâu bền	20% tiền đồng bảo hiểm, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Lên đến $2,000 giới hạn quyền lợi bổ sung/năm cho một số vật dụng. Cần được cho phép trước.
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ.	Không được đài thọ	Không

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt	Khám mắt cho trẻ em	Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ.	Bổ sung: Tổng cộng 10 dịch vụ/lần thăm khám/năm.
	Mắt kính cho trẻ em	Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Giới hạn một mắt kính/năm từ gọng kính và tròng kính được chọn
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không tính phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Giới hạn 2 lần khám/năm

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

Các dịch vụ mà Chương Trình của Quý Vị Thường KHÔNG Đài Thọ (Xin xem tài liệu về hợp đồng bảo hiểm hoặc chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách các dịch vụ loại trừ khác.)

- Chăm sóc chỉnh hình
- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc nha khoa (Người lớn)
- Dụng cụ trợ thính
- Điều trị vô sinh
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc không cấp cứu khi du lịch 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 là danh sách chưa đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu chương trình của quý vị.)

- Phá thai (Phẫu thuật: Chỉ Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình)
- Châm cứu (nhà cung cấp chương trình giới thiệu)
- Phẫu thuật giảm cân (Chỉ Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình)
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)

Quyền Tiếp Tục Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu quý vị muốn tiếp tục được bảo hiểm sau khi đã hết hạn. Thông tin liên lạc của những cơ quan đó được cho ở bảng bên dưới. Những lựa chọn bảo hiểm khác cũng có thể được cung cấp 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 Than Phiền và Khiếu Nại của Quý Vị: Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị than phiền về chương trình của mình vì bị từ chối yêu cầu thanh toán. Than phiền này được gọi là phàn nàn hoặc 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 cho chương trình của quý vị vì bất cứ lý do nào. 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, Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị:

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.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 chính sách thị trường cá nhân khác, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận một số loại Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể không đủ điều kiện nhận tín dụng thuế phí bảo hiểm.

Chương trình này có đáp ứng 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 đủ điều kiện nhận tín dụng thuế phí bảo hiểm để giúp chi trả 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)

Kaiser Permanente Plus là chương trình Điểm Cung Cấp Dịch Vụ (POS) có giới hạn, đài thọ một số dịch vụ ngoại trú và thuốc theo toa từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới ("quyền lợi Bổ Sung") như được mô tả trong Chứng Từ Bảo Hiểm.

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

Về những Ví Dụ Bảo Hiểm này:

Đây không phải là ước tính chi phí. Các biện pháp điều trị được cho chỉ là những ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá mà nhà cung cấp của quý vị tính và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào số tiền chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và các dịch vụ loại trừ theo chương trình. Sử dụng 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)

- **Tiền khấu trừ tổng thể của chương trình** **$325**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$60**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **$600**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (xét nghiệm máu)** **$40**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Khám tại văn phòng 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 chuyên khoa *(thuốc mê/thuốc tê)*

Tổng Chi Phí Mẫu	**$12,700**
Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:	
Phần Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền khấu trừ	$300
Tiền đồng trả	$900
Tiền đồng bảo hiểm	$0
Chi phí không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$50
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	**$1,250**

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

- **Tiền khấu trừ tổng thể của chương trình** **$325**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$60**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **$600**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (xét nghiệm máu)** **$40**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Khám tại phòng mạch bác sĩ chăm sóc chính
(bao gồm giáo dục về bệnh tật)
Kiểm tra chẩn đoán *(xét nghiệm máu)*
Thuốc theo toa
Thiết bị y khoa lâu bền *(máy đo đường gluco)*

Tổng Chi Phí Mẫu	**$5,600**
Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:	
Phần Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền khấu trừ	$0
Tiền đồng trả	$1,200
Tiền đồng bảo hiểm	$100
Chi phí không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	**$1,300**

Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia
(khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- **Tiền khấu trừ tổng thể của chương trình** **$325**
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** **$60**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** **$600**
- **Tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (chụp X-quang)** **$60**

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Dịch vụ chăm sóc tại phòng cấp cứu
(bao gồm tiếp liệu y tế)
Kiểm tra chẩn đoán *(chụp x-quang)*
Thiết bị y khoa lâu bền *(nạng)*
Dịch vụ phục hồi chức năng *(vật lý trị liệu)*

Tổng Chi Phí Mẫu	**$2,800**
Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:	
Phần Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền khấu trừ	$300
Tiền đồng trả	$900
Tiền đồng bảo hiểm	$0
Chi phí không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	**$1,200**

Chương trình sẽ chịu trách nhiệm trả những chi phí khác của những dịch vụ được đài thọ MẪU.

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 in a timely manner:

- 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 for Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office for 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 for 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 for 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

  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 for Civil Rights Complaint Portal at: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

Notice of Language Assistance

English: ATTENTION. Timely 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: انتباه المساعدة اللغوية متوفرة في الوقت المناسب 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 أيضًا طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضا (Member Services) لدينا للحصول على المساعدة. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام 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: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Ժամանակին տրամադրվող 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 առկա են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը (Member Services) փակ է հիմնական տոն օրերին:

KAISER PERMANENTE®

- 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。我们免费为您提供及时语言协助。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，如盲文版、音频版或大字版。您还可以要求在我们的设施使用语言辅助工具和设备。请致电会员服务部(Member Services)以获取帮助。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括 D-SNP：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00
- 加州医疗保健辅助计划：**1-855-839-7613** (TTY **711**)，每周 7 天，每天 24 小时
- 所有其他计划：**1-800-757-7585** (TTY **711**)，每周 7 天，每天 24 小时

Farsi: توجه. امکان بهره‌مندی به‌موقع و مقتضی 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 بخش خدمات اعضای ما (Member Services) تماس بگیرید. بخش خدمات اعضا در تعطیلات رسمی تعطیل می‌باشد.

- 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। समय पर भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंगुवेज 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 (Member Services) 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: CEEB TOOM. Sij hawm 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 Cuam Tswv Cuab. Lub Chaw Pab Cuam (Member Services) Tswv Cuab raug kaw rau cov hnub so tseem ceeb.

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

Japanese：注意。タイムリーな言語サポートを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 (Member Services) にお電話ください。加入者向けサービスは、主要な休日には営業しておりません。

- 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។ ជំនួយភាសាទាន់ពេលវេលាអាចរកបានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។
អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្ទាប សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម
និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។
សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ (Member Services)។

- 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
- ផ្សេងៗទៀតទាំងអស់៖ **1-800-464-4000** (TTY **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

Korean: 참고. 무료로 시기적절한 언어 지원을 제공합니다. 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 (Member Services) 부서에 전화하여 도움을 요청하십시오. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

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

Laotian: ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຢ່າງທັນເວລາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ລວມທັງລ່າມແປພາສາມື. ທ່ານສາມາດຂໍເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ສຽງ ຫຼື ຕົວພິມໃຫຍ່. ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນເສີມໄດ້ທີ່ສະຖານທີ່ຍາບານຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກການບໍລິການສະມາຊິກ (Member Services) ຂອງພວກເຮົາສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ. ການບໍລິການສະມາຊິກຈະປິດໃນວັນພັກສຳຄັນ.

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

Mien: MBUOX JANGX-FIM WAAC. Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx hingh mv zuqc hoic meih ndortv 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 hluo, 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. Goux baengc mienh nyei dorngx duqv guon mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc (Member Services).

- 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: YÁ'ÁDÍÍŁTĮĮH. T'áá Bíní'dée'go Bizaad Bee Na'anish Bééhózin, Doo BéeNOLso Bee Na'al'a' Da. Tł'éé'góó tł'ízí'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaaígíí, t'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí. T'á'ii éí tł'éé'góó tł'ízí'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'éé' bik'eh dah na'ałkaígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí bikáa' dah na'ałkaígíí t'áá ałtso bik'eh dah deidiyós. Bi'éé' naalkáah sidá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí éí bik'eh dah naazhjaa'ígíí bik'eh dah na'ałkaígíí (Member Services).

- Medicare, 'ałdó' bii' hóló D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jį t'ááłá'í damóo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 tł'ohch'oolí t'ááłá'í jį, 7 jį t'ááłá'í damóo
- T'áá ał'ąą: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 tł'ohch'oolí t'ááłá'í jį, 7 jį t'ááłá'í damóo

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗੁਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ,

ਆਡੀਓ, ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ 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 ਸੇਵਾਵਾਂ (Member Services) ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਬਜਸ ਬਵੱ 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 (Member Services) не работает в дни государственных праздников.

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

Spanish: ATENCIÓN. Se ofrece ayuda oportuna 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 (Member Services) para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, 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 demás: **1-800-788-0616** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tagalog: ATENSYON. Ang napapanahong tulong sa wika ay makukuha nang walang bayad para sa iyo. 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 (Member Services) 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 มีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาอย่างทันท่วงทีให้ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสารเป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเรา (Member Services) เพื่อขอความช่วยเหลือได้ 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! Своєчасні 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 (Member Services). Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), із 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 kịp thời, 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 (Member Services) 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.