

 Tài liệu Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. SBC cho quý vị biết quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đòi thò. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là phần tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị, hay để lấy một bản sao toàn bộ điều khoản bảo hiểm, xin xem tại www.kp.org/plandocuments gọi 1-800-813-2000 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của những thuật ngữ thông thường, như số tiền được cho phép, lập hóa đơn số tiền còn thiếu, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp, hoặc các thuật ngữ được gạch dưới khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại www.HealthCare.gov/sbc-glossary hoặc gọi 1-800-813-2000 (TTY: 711) để yêu cầu một bản.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại sao điều này Quan Trọng:
Tổng số tiền khấu trừ là gì?	\$2,500 Cá Nhân / \$5,000 Gia Đình	Nói chung, 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 quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình, mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến số tiền khấu trừ cá nhân của riêng họ 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 được đòi thò trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của quý vị không?	Có. Dịch vụ chăm sóc phòng ngừa và những dịch vụ được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2.	Chương trình này đòi thò 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 hay tiền đồng bảo hiểm. Ví dụ, chương trình này đòi thò một số dịch vụ phòng ngừa mà không có phần chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của quý vị. Xem danh sách dịch vụ phòng ngừa được đòi thò tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Có tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không cần phải đạt đến tiền khấu trừ cho những dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là gì?	\$7,750 Cá Nhân / \$15,500 Gia Đình	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 đòi thò. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình này, họ phải đạt đến các mức giới hạn chi phí tự trả của riêng họ cho đến khi tổng mức giới hạn chi phí tự trả của gia đình đã được đạt đến.
Những gì không bao gồm trong mức giới hạn chi phí tự trả?	Phí bảo hiểm; dịch vụ không được đòi thò theo chương trình này; những khoản thanh toán cho dịch vụ theo bảo hiểm Sinh Viên Ngoài Khu Vực	Mặc dù quý vị trả cho những chi phí này, chúng không được tính vào mức giới hạn chi phí tự trả.
Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới không?	Có. Xem www.kp.org hoặc gọi 1-800-278-3296 (TTY: 711) để lấy 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 một hoá đơn từ một nhà cung cấp về khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà chương trình của quý vị trả (lập hóa đơn số tiền còn thiếu). Lưu ý, nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho 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 một bác sĩ chuyên khoa không?	Có, nhưng quý vị có thể tự giới thiệu với một số bác sĩ chuyên khoa.	Chương trình 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 đòi thò, nhưng chỉ nếu 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 được trình bày trong bảng này là sau khi tiền khấu trừ đã được đạt đến, nếu có áp dụng tiền khấu trừ.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Thông Tin về Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hay phòng khám của <u>nhà cung cấp</u> chăm sóc sức khỏe	Khám chăm sóc chính để điều trị một chấn thương hay căn bệnh	\$30 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Không có
	Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$65 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	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 phòng ngừa. Hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải <u>phòng ngừa</u> không. Sau đó kiểm tra xem <u>chương trình</u> của quý vị sẽ trả cho những dịch vụ nào.
Nếu quý vị được kiểm tra	<u>Kiểm tra chẩn đoán</u> (x-quang, xét nghiệm máu)	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
	Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính [Computed Tomography, CT]/Chụp cắt lớp phát xạ positron [Positron Emission Tomography, PET], Chụp cộng hưởng từ [Magnetic Resonance Imaging, MRI])	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Một số dịch vụ có thể cần được cho phép trước.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Thông Tin về Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
<p>Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị</p> <p>Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc</u> theo toa hiện có tại www.kp.org/orformulary.</p>	Thuốc gốc	Bán Lẻ: \$20 / bán lẻ; Yêu Cầu Gửi Qua Bưu Điện: \$40 / yêu cầu gửi qua bưu điện, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày với dịch vụ bán lẻ hoặc số lượng thuốc dùng cho tối đa 90 ngày với yêu cầu gửi qua bưu điện. Tùy theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược ưu tiên	Bán Lẻ: \$65 / bán lẻ; Yêu Cầu Gửi Qua Bưu Điện: \$130 / yêu cầu gửi qua bưu điện, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày với dịch vụ bán lẻ hoặc số lượng thuốc dùng cho tối đa 90 ngày với yêu cầu gửi qua bưu điện. Tùy theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	50% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày với dịch vụ bán lẻ hoặc số lượng thuốc dùng cho tối đa 90 ngày với yêu cầu gửi qua bưu điện. Tùy theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc chuyên khoa	50% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Số lượng thuốc dùng cho tối đa 30 ngày.
<p>Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại trú</p>	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
<p>Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức</p>	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có
	<u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$50 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	<u>Nhà cung cấp không tham gia chương trình</u> được đài thọ khi tạm thời ở bên ngoài khu vực phục vụ.
<p>Nếu quý vị nằm viện</p>	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Cần được cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Cần được cho phép trước.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Thông Tin về Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Cho Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ & Thông Tin Quan Trọng Khác
Nếu quý vị cần các dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	\$30 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Không có
	Dịch vụ nội trú	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Cần được cho phép trước.
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, hoặc tiền khấu trừ</u> . Chăm sóc sản phụ có thể bao gồm các kiểm tra và dịch vụ được mô tả ở phần khác trong SBC (như siêu âm.)
	Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh đẻ	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu sức khỏe đặc biệt khác	<u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Không có
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	Nội trú: 30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> ; Ngoại trú: \$30 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Nội trú: Giới hạn với 30 ngày điều trị nội trú mỗi năm lịch. Thêm 30 ngày cho chấn thương đầu hoặc tủy sống; Ngoại trú: Trị liệu vật lý, âm ngữ và vận động ngoại trú (30 lần trị liệu kết hợp mỗi năm lịch).
	<u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u>	\$30 / lần khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Trị liệu vật lý, âm ngữ và vận động ngoại trú (30 lần trị liệu kết hợp mỗi năm lịch).
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	60 ngày mỗi năm lịch
	<u>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	30% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không được đài thọ	Tùy theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	<u>Dịch vụ chăm sóc cuối đời</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Cần được cho phép trước.
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Giới hạn 1 lần khám / năm.
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không được đài thọ	Giới hạn mắt kính hoặc kính áp tròng chọn lọc mỗi năm.
	Kiểm tra nha khoa cho trẻ em	Không được đài thọ	Không được đài thọ	Không có

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

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

<ul style="list-style-type: none">• Phẫu Thuật Giảm Cân• Phẫu Thuật Thẩm Mỹ• Chăm Sóc Nha Khoa	<ul style="list-style-type: none">• Điều Trị Vô Sinh• Chăm Sóc Dài Hạn• Chăm Sóc Không Cấp Cứu khi Du Lịch Bên Ngoài Hoa Kỳ	<ul style="list-style-type: none">• Chăm Sóc Điều Dưỡng Riêng• Chăm Sóc Chân Định Kỳ• Chương Trình Giảm Cân
--	---	---

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

<ul style="list-style-type: none">• Phá thai• Châm cứu (Được bác sĩ giới thiệu - 12 lần châm cứu / năm)	<ul style="list-style-type: none">• Chăm Sóc Nắn Khớp Xương (Được bác sĩ giới thiệu)• Dụng Cụ Trợ Thính (1 dụng cụ mỗi tai / 36 tháng)	<ul style="list-style-type: none">• Chăm Sóc Mắt Định Kỳ
--	---	--

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan mà có thể giúp nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm của quý vị sau khi nó kết thúc. Thông tin liên lạc của những cơ quan đó có trong bảng bên dưới. Cũng có thể có những lựa chọn bảo hiểm khác dành cho quý vị, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi 1-800-318-2596.

Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị: Có những cơ quan mà có thể trợ giúp nếu quý vị than phiền về chương trình của quý vị vì bị từ chối một yêu cầu thanh toán. Than phiền này được gọi là phàn nàn hay khiếu nại. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, 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 để nộp một yêu cầu thanh toán, khiếu nại, hoặc phàn nàn vì bất cứ lý do gì cho chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hay cần được trợ giúp, hãy liên lạc cơ quan trong bảng bên dưới.

Thông Tin Liên Lạc về Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị & Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị:

Ban Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) hoặc www.kp.org/memberservices
Ban Quản Lý Tài Chính Oregon	1-888-877-4894 hoặc www.dfr.oregon.gov

Chương trình này có cung cấp Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu không? Có

Nếu quý vị không có Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu trong một tháng, quý vị sẽ phải thanh toán một số tiền khi quý vị khai thuế, trừ khi quý vị hội đủ điều kiện được miễn trừ yêu cầu phải có bảo hiểm cho tháng đó.

Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không? Có

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu, quý vị có thể hội đủ điều kiện với tín thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị trả cho một chương trình thông qua Thị Trường.

Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:

TIẾNG TÂY BAN NHA (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TIẾNG TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TIẾNG HOA (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TIẾNG NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

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

Về những Ví Dụ Bảo Hiểm này:



Đây không phải là một công thức ước tính chi phí. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ việc chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá được tính bởi nhà cung cấp của quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào những số tiền chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và dịch vụ loại trừ theo chương trình. Dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý những ví dụ bảo hiểm này được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

Peg Sắp Có Con

(9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)

- Tổng tiền khấu trừ của chương trình \$2,500
- Tiền đồng trả chuyên khoa \$65
- Tiền đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở) 30%
- Tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (xét nghiệm máu) 30%

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 với bác sĩ chuyên khoa (*thuốc gây mê*)

Tổng Chi Phí Mẫu \$12,800

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:

Phần Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền Khấu Trừ	\$2500
Tiền Đồng Trả	\$40
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$2300
Những gì không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$4900

Quản lý Bệnh Tiểu Đường loại 2 của Joe

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

- Tổng tiền khấu trừ của chương trình \$2,500
- Tiền đồng trả chuyên khoa \$65
- Tiền đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở) 30%
- Tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (xét nghiệm máu) 30%

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính (*bao gồm việc giáo dục về bệnh*)
 Kiểm tra chẩn đoán (*xét nghiệm máu*)
 Thuốc theo toa
 Thiết bị y khoa lâu bền (*máy đo đường gluco*)

Tổng Chi Phí Mẫu \$7,400

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:

Phần Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền Khấu Trừ	\$300
Tiền Đồng Trả	\$1900
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0
Những gì không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$60
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$2260

Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia

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

- Tổng tiền khấu trừ của chương trình \$2,500
- Tiền đồng trả chuyên khoa \$65
- Tiền đồng bảo hiểm bệnh viện (cơ sở) 30%
- Tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ khác (x-quang) 30%

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (*kể cả tiếp liệu y tế*)
 Thiết bị y khoa lâu bền (*nạng*)
 Kiểm tra chẩn đoán (*x-quang*)
 Dịch vụ phục hồi chức năng (*trị liệu vật lý*)

Tổng Chi Phí Mẫu \$1,900

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

Phần Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền Khấu Trừ	\$1380
Tiền Đồng Trả	\$300
Tiền Đồng Bảo Hiểm	\$0
Những gì không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$1680

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

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide 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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Member Relations, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY : **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-813-2000 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-813-2000 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-813-2000 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-813-2000 (TTY: 711).