

Mọi chương trình đều do Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest cung cấp và tài trợ



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 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 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, vui lòng xem tại www.kp.org/plandocuments hoặc gọi số 1-800-813-2000 (TTY: 711). Để biết định nghĩa của những thuật ngữ thông thường như số tiền được 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 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi 1-800-813-2000 (TTY: 711) để yêu cầu một bản sao.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Tổng số <u>tiền khấu trừ</u> là bao nhiêu?	\$0	Xem bảng Sự Kiện Y Khoa Thông Thường bên dưới để biết chi phí cho các dịch vụ của quý vị mà <u>chương trình</u> này đài thọ.
Có dịch vụ được đài thọ trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của mình không?	Không áp dụng.	<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> . Ví dụ, <u>chương trình</u> này đài thọ một số <u>dịch vụ phòng ngừa</u> mà không có phần chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của quý vị. Xem danh sách <u>dịch vụ phòng ngừa</u> được đài thọ tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Có <u>tiền khấu trừ</u> 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>Mức giới hạn chi phí tự trả</u> cho <u>chương trình</u> này là bao nhiêu?	\$1,250 cho Cá Nhân/ \$2,500 cho Gia Đình	Mức giới hạn <u>chi phí tự trả</u> là số tiền cao nhất mà quý vị có thể chi trả trong một năm cho những dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> này, họ phải đạt đến các <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của riêng mình cho đến khi đạt được tổng mức giới hạn <u>chi phí tự trả</u> của gia đình.
Những gì không bao gồm trong <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> ?	<u>Phí bảo hiểm</u> , dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không đài thọ và các dịch vụ được nêu trong bảng bắt đầu ở trang 2.	Mặc dù quý vị trả những chi phí này nhưng chúng không được tính vào <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> .

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 <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Xem www.kp.org hoặc gọi 1-800-813-2000 (TTY: 711) để lấy danh sách các <u>nhà cung cấp</u> tham gia chương trình.	<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 một <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của <u>chương trình</u> . Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được một hóa đơn từ một <u>nhà cung cấp</u> về khoản chênh lệch giữa khoản phí của <u>nhà cung cấp</u> đó và số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị thanh toán (<u>lập hóa đơn số tiền chênh lệch</u>). Xin lưu ý rằng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> có thể sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> cho một số dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm). Kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ.
Quý vị có cần <u>giấy giới thiệu</u> để đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?	Có, nhưng quý vị có thể tự giới thiệu tới một số <u>bác sĩ chuyên khoa</u> .	<u>Chương trình</u> này sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để quý vị đến khám một <u>bác sĩ chuyên khoa</u> để nhận các dịch vụ được đài thọ nhưng chỉ nếu 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**, 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		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị đi khám tại văn phòng hoặc phòng khám của một <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>	\$15/lần thăm khám	Không Được Đài Thọ	Không có
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/ chủng ngừa</u>	Miễn phí	Không Được Đài Thọ	Quý vị có thể phải trả cho những dịch vụ không phải dịch vụ phòng ngừa. Hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ phòng ngừa không. Sau đó kiểm tra số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị sẽ trả.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị được kiểm tra	<u>Kiểm tra chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Chụp X-quang: Miễn phí Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm: Miễn phí	Không Được Đàm Thò	Không có
	Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT)/ Chụp cắt lớp phát xạ positron, PET), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI)	\$50/lần thăm khám	Không Được Đàm Thò	Một số dịch vụ có thể cần được cho phép trước.
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> có tại www.kp.org/formulary	Thuốc gốc	\$5 (bán lẻ); \$10 (đặt mua qua đường bưu điện)/ toa thuốc	Không Được Đàm Thò	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (bán lẻ); lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện). Tuân theo hướng dẫn trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược ưu tiên	\$25 (bán lẻ); \$50 (đặt mua qua đường bưu điện)/ toa thuốc	Không Được Đàm Thò	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (bán lẻ); lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện). Tuân theo hướng dẫn trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	\$50 (bán lẻ); \$100 (đặt mua qua đường bưu điện)/ toa thuốc	Không Được Đàm Thò	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (bán lẻ); lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện). Tuân theo hướng dẫn trong <u>danh mục thuốc</u> , khi được phê duyệt thông qua quy trình ngoại lệ.
	<u>Thuốc chuyên khoa</u>	Các phần chia sẻ chi phí thích hợp được áp dụng cho Thuốc Gốc, Thuốc biệt dược ưu tiên, Thuốc biệt dược không ưu tiên.	Không Được Đàm Thò	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (bán lẻ). Tuân theo hướng dẫn trong <u>danh mục thuốc</u> , khi được phê duyệt thông qua quy trình ngoại lệ.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	\$50/lần thăm khám	Không Được Đàm Thộ	Cần có sự cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật được bao gồm trong phí Cơ Sở.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	\$200/lần thăm khám	\$200/lần thăm khám	Được miễn <u>tiền</u> đồng trả nếu được nhập viện trực tiếp để điều trị nội trú.
	<u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u>	\$75/chuyến	\$75/chuyến	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$30/lần thăm khám	Không Được Đàm Thộ	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình được đàm thộ khi tạm thời ở bên ngoài khu vực phục vụ: \$30/lần thăm khám
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	\$100/lần nhập viện	Không Được Đàm Thộ	Cần có sự cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật được bao gồm trong phí Cơ Sở.
Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Không có
	Dịch vụ nội trú	\$100/lần nhập viện	Không Được Đàm Thộ	Cần có sự cho phép trước.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> , <u>tiền đồng bảo hiểm</u> hoặc <u>tiền khấu trừ</u> . Chăm sóc sản phụ có thể bao gồm các kiểm tra và dịch vụ được mô tả ở phần khác trong SBC (như siêu âm).
	Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh đẻ	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Các dịch vụ chuyên môn được tính trong phí Cơ Sở.
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	\$100/lần nhập viện	Không Được Đàm Thộ	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 Đàm Thộ	Giới hạn 130 lần thăm khám/năm. Cần có sự cho phép trước.
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	Ngoại trú: \$15/lần thăm khám Nội trú: \$100/lần nhập viện	Không Được Đàm Thộ	Ngoại trú: giới hạn 20 lần thăm khám/lần trị liệu/năm. Cần có sự cho phép trước. Nội trú: Cần có sự cho phép trước.
	<u>Dịch vụ tập luyện chức năng</u>	\$15/lần thăm khám	Không Được Đàm Thộ	giới hạn 20 lần thăm khám/lần trị liệu/năm. Cần có sự cho phép trước.
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Giới hạn 100 ngày/năm. Cần có sự cho phép trước.
	<u>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Tuân theo hướng dẫn trong <u>danh mục thuốc</u> . Cần có sự cho phép trước.
	<u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u>	Miễn phí	Không Được Đàm Thộ	Cần có sự cho phép trước.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả		Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt	Khám mắt cho trẻ em	Không tính phí cho dịch vụ khám khúc xạ mắt	Không Được Đàm Thọa	Không có
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí	Không Được Đàm Thọa	Giới hạn một cặp gọng kính và mắt kính hoặc kính áp tròng/12 tháng.
	Khám răng cho trẻ em	Không Được Đàm Thọa	Không Được Đàm Thọa	Không có

Dịch Vụ Loại Trừ và Các Dịch Vụ Được Đàm Thọa Khác

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

- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc nha khoa (Người Lớn và Trẻ Em)
- Điều trị vô sinh
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ
- Chăm sóc điều dưỡng riêng
- Chăm sóc bàn chân định kỳ
- Chương trình giảm cân

Các Dịch Vụ Được Đàm Thọa 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).

- Chăm cứu (giới hạn 20 lần thăm khám/năm)
- Phẫu thuật giảm cân
- Chăm sóc nắn khớp xương (giới hạn 20 lần thăm khám/năm)
- Dụng cụ trợ thính (giới hạn \$3,000 / tai / 36 tháng)
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)

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

Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị: Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị than phiền về chương trình vì bị từ chối yêu cầu thanh toán. Than phiền này được gọi là khiếu nại hay kháng cáo. 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, kháng cáo hoặc khiếu nại 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 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 và 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
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (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
Center for Consumer Information & Insurance Oversight (Trung Tâm Thông Tin Người Tiêu Dùng và Giám Sát Bảo Hiểm) thuộc Department of Health & Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh)	1-877-267-2323 x61565 hoặc www.cciio.cms.gov
Oregon Division of Financial Regulation (Phòng Kiểm soát Tài chính Oregon)	1-888-877-4894 hoặc www.dfr.oregon.gov
Washington Department of Insurance (Sở Bảo Hiểm Washington)	1-800-562-6900 hoặc www.insurance.wa.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 hình Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể không đủ điều kiện nhận 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 đủ tiêu chuẩn nhận 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 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

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

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (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 một công thức ước tính chi phí. Các phương pháp điều trị được trình bày chỉ là những ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ cho 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 được tính bởi nhà cung cấp của quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào khoản đồng thanh toán (khoản khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và 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)

■ <u>Tổng tiền khấu trừ của chương trình</u>	\$0
■ <u>Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa</u>	\$15
■ <u>Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở)</u>	\$100
■ <u>Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)</u>	\$0

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Thăm 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)
Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa (gây mê/gây tê)

Tổng Chi Phí Mẫu	\$12,700
-------------------------	-----------------

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền khấu trừ</u>	\$0
<u>Tiền đồng trả</u>	\$100
<u>Tiền đồng bảo hiểm</u>	\$0
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$60
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$160

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

■ <u>Tổng tiền khấu trừ của chương trình</u>	\$0
■ <u>Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa</u>	\$15
■ <u>Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở)</u>	\$100
■ <u>Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)</u>	\$0

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Thăm khám tại văn phòng bác sĩ chăm sóc chính (bao gồm hướng dẫn về bệnh)
Kiểm tra chẩn đoán (xét nghiệm máu)
Thuốc theo toa
Thiết bị y khoa lâu bền (máy đo glucose)

Tổng Chi Phí Mẫu	\$5,600
-------------------------	----------------

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền khấu trừ</u>	\$0
<u>Tiền đồng trả</u>	\$500
<u>Tiền đồng bảo hiểm</u>	\$10
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$510

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

■ <u>Tổng tiền khấu trừ của chương trình</u>	\$0
■ <u>Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa</u>	\$15
■ <u>Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở)</u>	\$100
■ <u>Tiền đồng trả khác (chụp X-quang)</u>	\$0

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm vật tư 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:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền khấu trừ</u>	\$0
<u>Tiền đồng trả</u>	\$400
<u>Tiền đồng bảo hiểm</u>	\$50
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$450

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) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገኙዎት 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ,
សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ
គឺអាចម្ចាស់សិទ្ធិប្រើប្រាស់ 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) Dii baa akó ninizin: Dii saad bee
yánilti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá
jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 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: ถ้าคุณพูดภาษาไทย
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).