

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

Thời Hạn Bảo Hiểm: 01/08/2023-31/07/2024

 **KAISER PERMANENTE® : SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust – Core Plan**

Mọi [chương trình](#) đều do Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest cung cấp và tài trợ **Bảo hiểm dành cho: Cá Nhân / Gia Đình | Loại Chương Trình: EPO**



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 (bằng tiếng Anh) 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> (bằng tiếng Anh) 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 tiền khấu trừ là bao nhiêu?	\$0	Xem biểu đồ Sự Kiện Y Khoa Thông Thường bên dưới để biết chi phí cho các dịch vụ của quý vị mà chương trình này đài thọ.
Có dịch vụ được đài thọ trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình không?	Không áp dụng.	Chương trình này đài thọ một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số tiền khấu trừ . Nhưng có thể áp dụng tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm . Ví dụ, chương trình này đài thọ một số dịch vụ phòng ngừa 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 đài thọ tại https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ (bằng tiếng Anh).
Có tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không cần phải đạt đến số tiền khấu trừ cho những dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu?	\$1,250 Cá Nhân / \$2,500 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 đài thọ. 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 mình cho đến khi đạt được tổng mức giới hạn chi phí tự trả của gia đình.
Những khoản nào không được gộp vào mức giới hạn chi phí tự trả ?	Phí bảo hiểm , dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình 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 mức 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. Xem www.kp.org (bằng tiếng Anh) hoặc gọi 1-800-813-2000 (TTY: 711) để lấy danh sách các nhà cung cấp tham gia chương trình.	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 hóa 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 thanh toán (lập hóa đơn số tiền chênh lệch). Xin lưu ý rằng nhà cung cấp trong mạng lưới 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 bác sĩ chuyên khoa không?	Có, nhưng quý vị có thể tự giới thiệu tới một số bác sĩ chuyên khoa .	Chương trình này sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để quý vị đến khám một bác sĩ chuyên khoa để nhận các dịch vụ được đài thọ 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 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 Lựa Chọn (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị đi khám tại văn phòng hoặc phòng khám của một nhà cung cấp 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
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	\$15 / lần thăm khám	Không được đài thọ	Không
	Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/ chủng ngừa	Miễn phí	Không được đài thọ	Quý vị có thể phải trả cho những dịch vụ không phải dịch vụ phòng ngừa. Hỏi nhà cung cấp của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ phòng ngừa không. Sau đó kiểm tra số tiền mà chương trình của quý vị sẽ trả.

Sự Kiện Y Khoa 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 Lựa Chọn (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị được xét nghiệm	Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Chụp X-quang: Miễn phí Xét nghiệm: Miễn phí	Không được đòi thọ	Không
	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 đòi thọ	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 bảo hiểm thuốc theo toa có tại www.kp.org/ formulary (bằng tiếng Anh)	Thuốc gốc	\$5 (bán lẻ); \$10 (đặt mua qua đường bưu điện) / toa thuốc	Không được đòi thọ	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 danh mục thuốc .
	Biệt dược ưu tiên	\$25 (bán lẻ); \$50 (đặt mua qua đường bưu điện) / toa thuốc	Không được đòi thọ	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 danh mục thuốc .
	Biệt dược không ưu tiên	\$50 (bán lẻ); \$100 (đặt mua qua đường bưu điện) / toa thuốc	Không được đòi thọ	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 danh mục thuốc , khi được phê duyet thông qua quy trình ngoại lệ.
	Thuốc chuyên khoa	Các phần chia sẻ chi phí thích hợp áp dụng cho Thuốc Gốc, thuốc biệt dược	Không được đòi thọ	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (bán lẻ). Tuân theo hướng dẫn trong danh mục thuốc , khi được phê duyet 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 Lựa Chọn (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
		Ưu Tiên, thuốc biệt dược Không Ưu Tiên.		
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 đòi hỏi	Cần có sự cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Được tính vào phí cơ sở	Không được đòi hỏi	Cần có sự cho phép trước.
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	\$200 / lần thăm khám	\$200 / lần thăm khám	Được miễn tiền đồng trả nếu được nhập viện trực tiếp để điều trị nội trú.
	Chuyên chở y tế cấp cứu	\$75 / chuyến	\$75 / chuyến	Không
	Chăm sóc khẩn cấp	\$30 / lần thăm khám	Không được đòi hỏi	Nhà cung cấp không tham gia chương trình được đòi hỏi 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 đòi hỏi	Cần có sự cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Miễn phí	Không được đòi hỏi	Phí bác sĩ / bác sĩ phẫu thuật được tính vào Phí cơ sở.
Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ ngoại trú	Miễn phí	Không được đòi hỏi	Không.
	Dịch vụ nội trú	\$100 / lần nhập viện	Không được đòi hỏi	Cần có sự cho phép trước.
Nếu quý vị mang thai	Thăm khám tại phòng khám	Miễn phí	Không được đòi hỏi	Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng tiền đồng trả , tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ . 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).

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 Lựa Chọn (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Tham Gia (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
	Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh đẻ	Miễn phí	Không được đài thọ	Dịch vụ chuyên môn tính vào phí cơ sở.
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	\$100 / lần nhập viện	Không được đài thọ	Không
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại gia	Miễn phí	Không được đài thọ	Giới hạn 130 lần khám / năm. Cần có sự cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Ngoại trú: \$15 / lần thăm khám Nội trú: \$100 / lần nhập viện	Không được đài thọ	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.
	Dịch vụ luyện tập chức năng	\$15 / lần thăm khám	Không được đài thọ	Giới hạn 20 lần thăm khám / lần trị liệu / năm. Cần có sự cho phép trước.
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	Miễn phí	Không được đài thọ	Giới hạn 100 ngày / năm. Cần có sự cho phép trước.
	Thiết bị y khoa lâu bền	20% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Tuân theo hướng dẫn trong danh mục thuốc . Cần có sự cho phép trước.
	Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời	Miễn phí	Không được đài thọ	Cần có sự cho phép trước.
Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt	Khám mắt cho trẻ em	Không tính phí cho lần khám khúc xạ mắt	Không được đài thọ	Không
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí	Không được đài thọ	Giới hạn một cặp gọng kính và mắt kính hoặc kính áp tròng / 12 tháng.
	Khám răng cho trẻ em	Không được đài thọ	Không được đài thọ	Không

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

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

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Phẫu thuật thẩm mỹ• Chăm sóc nha khoa (Người Lớn và Trẻ Em)• Dụng cụ trợ thính | <ul style="list-style-type: none">• Chăm sóc dài hạn• Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ• Chăm sóc điều dưỡng riêng | <ul style="list-style-type: none">• Chăm sóc bàn chân định kỳ• Chương trình giảm cân |
|--|--|---|

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

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Chăm cứu (giới hạn 20 lần thăm khám / năm)• Phẫu thuật giảm cân | <ul style="list-style-type: none">• Chăm sóc nắn khớp xương (giới hạn 20 lần thăm khám / năm) | <ul style="list-style-type: none">• 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 được cho ở 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 (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số 1-800-318-2596.

Quyền Khiếu Nại và Kháng Cáo 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 [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 với các cơ quan trong bảng bên dưới.

Thông Tin Liên Lạc về Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm và Quyền Khiếu Nại và Kháng Cáo của Quý Vị:

Ban Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) hoặc www.kp.org/memberservices (bằng tiếng Anh)
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 (bằng tiếng Anh)
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 (bằng tiếng Anh)
Oregon Division of Financial Regulation (Phòng Kiểm Soát Tài Chính Oregon)	1-888-877-4894 hoặc www.dfr.oregon.gov (bằng tiếng Anh)
Washington Department of Insurance (Bộ Bảo Hiểm Washington)	1-800-562-6900 hoặc www.insurance.wa.gov (bằng tiếng Anh)

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

Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu thường bao gồm các chương trình, bảo hiểm y tế được cung cấp thông qua Thị Trường hoặc các hợp đồng bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể không đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm.

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

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu, quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị 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 Trung (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 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. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là 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 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 các khoản [chia sẻ chi phí](#) ([tiền khấu trừ](#), [tiền đồng trả](#) và [tiền đồng bảo hiểm](#)) và các [dịch vụ loại trừ](#) theo [chương trình](#). Dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các [chương trình](#) bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý những ví dụ về bảo hiểm này 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](#) \$0
- [Tiền đồng trả](#) cho [bác sĩ chuyên khoa](#) \$15
- [Tiền đồng trả](#) cho bệnh viện (cơ sở) \$100
- [Tiền đồng trả](#) khác (xét nghiệm máu) \$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:	
Khoản Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền khấu trừ	\$0
Tiền đồng trả	\$100
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
Những gì không được đài thọ	
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 định kỳ trong mạng lưới cho một tình trạng được kiểm soát tốt)

- Tổng [tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) \$0
- [Tiền đồng trả](#) cho [bác sĩ chuyên khoa](#) \$15
- [Tiền đồng trả](#) cho bệnh viện (cơ sở) \$100
- [Tiền đồng trả](#) khác (xét nghiệm máu) \$0

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Khám tại văn phòng của [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:	
Khoản Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền khấu trừ	\$0
Tiền đồng trả	\$500
Tiền đồng bảo hiểm	\$10
Những gì không được đài thọ	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$510

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

- Tổng [tiền khấu trừ](#) của [chương trình](#) \$0
- [Tiền đồng trả](#) cho [bác sĩ chuyên khoa](#) \$15
- [Tiền đồng trả](#) cho bệnh viện (cơ sở) \$100
- [Tiền đồng trả](#) khác (chụp X-quang) \$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:	
Khoản Chia Sẻ Chi Phí	
Tiền khấu trừ	\$0
Tiền đồng trả	\$400
Tiền đồng bảo hiểm	\$50
Những gì không được đài thọ	
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 ሊያግዝዎት 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 یہ زبان فارسی گفتگو می کنید،
تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
یا 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 ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចម្ចាស់សិទ្ធិបំប៉នឱ្យអ្នក។ 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, éi ná hóló, koji' hódíilnih 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).