



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 chung của những thuật ngữ thông thường như **số tiền được cho phép**, **lập hóa đơn số tiền chênh lệch**, **tiền đồng bảo hiểm**, **tiền đồng trả**, **tiền khấu trừ**, **nhà cung cấp** hoặc các thuật ngữ **được gạch dưới** khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại www.healthcare.gov/sbc-glossary/ hoặc gọi số 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?	\$2,500 Cá Nhân / \$5,000 Gia Đình	Thông thường, 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 mình 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 đài thọ trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình 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 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 khoản chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách dịch vụ phòng ngừa được đài thọ 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 số tiền khấu trừ cho những dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu?	\$8,550 Cá Nhân / \$17,100 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 ; các dịch vụ không được đài thọ theo chương trình này; các khoản thanh toán cho các dịch vụ theo chương trình bảo hiểm Ngoài Khu Vực Cho Học Sinh	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 hoặc gọi số 1-800-813-2000 (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 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 là nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới để cung cấp 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 bác sĩ chuyên khoa không?	Có nhưng quý vị có thể tự giới thiệu với 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 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](#) của mình, 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	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (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	\$40 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Không có
	Khám bác sĩ chuyên khoa	\$65 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Không có
	Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/ chủng ngừa	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	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	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị được kiểm tra	Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	\$50 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đòi hỏi	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))	\$350 / lần thăm khám	Không được đòi hỏi	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 thêm về bảo hiểm thuốc theo toa hiện có tại www.kp.org/orformulary	Thuốc gốc	Mua Lẻ: \$25, không áp dụng tiền khấu trừ ; Đặt Mua Qua Đường Bưu Điện: \$50, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 90 ngày khi mua qua đường bưu điện. Tuân theo quy định trong danh mục thuốc .
	Thuốc biệt dược ưu tiên	Mua Lẻ: \$65, không áp dụng tiền khấu trừ ; Đặt Mua Qua Đường Bưu Điện: \$130, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 90 ngày khi mua qua đường bưu điện. Tuân theo quy định trong danh mục thuốc .
	Thuốc biệt dược không ưu tiên	50% tiền đồng bảo hiểm	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ hoặc tối đa 90 ngày khi mua qua đường bưu điện. Tuân theo quy định trong danh mục thuốc .
	Thuốc chuyên khoa	50% tiền đồng bảo hiểm	Không được đòi hỏi	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đòi hỏi	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đòi hỏi	Không có

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	\$350 / lần thăm khám	\$350 / lần thăm khám	Được miễn trừ nếu nhập viện
	Chuyên chở y tế cấp cứu	30% tiền đồng bảo hiểm	30% tiền đồng bảo hiểm	Không có
	Chăm sóc khẩn cấp	\$50 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	\$50 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Nhà cung cấp không tham gia chương trình được đài thọ khi tạm thời ở bên ngoài khu vực phục vụ.
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Cần có sự cho phép trước.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Cần có sự cho phép trước.
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	\$40 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Không có
	Dịch vụ nội trú	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Cần có sự cho phép trước.
Nếu quý vị mang thai	Khám tại văn phòng	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	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 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% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Không có
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	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	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	
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	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Không có
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Nội trú: 30% tiền đồng bảo hiểm ; Ngoại trú: \$65 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Nội trú: Cần có sự cho phép trước.; Ngoại trú: Vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và chức năng cho bệnh nhân ngoại trú (tổng cộng 30 lần thăm khám mỗi năm theo lịch).
	Dịch vụ luyện tập chức năng	\$65 / lần thăm khám, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và chức năng cho bệnh nhân ngoại trú (tổng cộng 30 lần thăm khám mỗi năm theo lịch).
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	60 ngày mỗi năm theo lịch
	Thiết bị y khoa lâu bền	30% tiền đồng bảo hiểm	Không được đài thọ	Tuân theo quy định trong danh mục thuốc .
	Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	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	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Giới hạn 1 lần thăm khám / năm.
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không được đài thọ	Giới hạn ở một số kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm.
	Khám răng cho trẻ em	Không được đài thọ	Không được đài thọ	Không có

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 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 đi ra bên ngoài Hoa Kỳ. | <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc điều dưỡng riêng • Chăm sóc bàn chân định kỳ • Chương trình giảm cân |
|--|--|---|

Các Dịch Vụ Được Đòi Thò 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).

- Phá Thai
- Chăm Sóc Nắn Khớp Xương (giới hạn 3 lần khám / năm kết hợp với Nắn Khớp Xương)
- Chăm Sóc Mắt Định Kỳ
- Dụng cụ trợ thính (1 dụng cụ trợ thính mỗi tai / 36 tháng)

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](#) của mình vì bị từ chối [yêu cầu thanh toán](#). Than phiền này được gọi là [phàn nàn](#) hay [khiếu nại](#). Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được cho [yêu cầu thanh toán](#) y tế đó. Tài liệu [chương trình](#) của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách nộp [yêu cầu thanh toán](#), [khiếu nại](#) hoặc [phàn nàn](#) vì bất cứ lý do gì cho [chương trình](#) của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc được trợ giúp, hãy liên lạc cơ quan trong bảng dưới đây.

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
Oregon Division of Financial Regulation (Phòng Kiểm Soát 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.

[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? Không Áp Dụng.

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:

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, kwijiggo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

Để xem các ví dụ về cách thức [chương trình](#) này có thể đòi thò 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 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 được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

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

■ Tổng số tiền khấu trừ của chương trình	\$2,500
■ Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa	\$65
■ Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)	30%
■ Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)	\$50

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:
Khám tại văn phòng của [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 [bác sĩ chuyên khoa](#) (thuốc gây mê/tê)

Tổng Chi Phí Mẫu	\$12,700
Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$2500
Tiền đồng trả	\$260
Tiền đồng bảo hiểm	\$1790
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$50
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$4600

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)

■ Tổng số tiền khấu trừ của chương trình	\$2,500
■ Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa	\$65
■ Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)	30%
■ Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)	\$50

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:	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
Tiền khấu trừ	\$0
Tiền đồng trả	\$1630
Tiền đồng bảo hiểm	\$30
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$1660

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

■ Tổng số tiền khấu trừ của chương trình	\$2,500
■ Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa	\$65
■ Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)	30%
■ Tiền đồng trả khác (chụp X-quang)	\$50

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>	
Tiền khấu trừ	\$1900
Tiền đồng trả	\$540
Tiền đồng bảo hiểm	\$0
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$2440

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

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) ማሳሰቢያ: 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 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 ដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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, kojí' hódíłnih **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)**.