



Bảo hiểm cho: Cá Nhân/Gia Đình | Loại Chương Trình: HMO


Tất cả các chương trình đều do Kaiser Foundation Health Plan of Washington cung cấp và bảo trợ



Bản Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị lựa 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 trong tài liệu riêng. Đây chỉ là phần tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hoặc để nhận bản sao về toàn bộ các điều khoản bảo hiểm, vui lòng truy cập <https://kp.org/plandocuments> (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số 1-800-290-8900 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của những thuật ngữ thông thường như số tiền được cho phép, lập hóa đơn khoản 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 1-800-290-8900 (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? | \$1,900 Cá Nhân / \$3,800 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 thì chương trình này mới 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 số 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 nào được đài thọ trước khi đạt đến số tiền khấu trừ không? | Có. Dịch vụ chăm sóc phòng ngừa và những dịch vụ được nêu trong bảng bắt đầu ở 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 quý vị có thể phải thanh toán tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm. Ví dụ, chương trình này đài thọ một số dịch vụ phòng ngừa nhất định mà không có phần chia sẻ chi phí trước khi quý vị đạt đến tiền khấu trừ của mình. Xem danh sách các 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. |
| Giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu? | \$8,800 Cá Nhân/\$17,600 Gia Đình | 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 bao gồm trong giới hạn chi phí tự trả? | Phí bảo hiểm, chi phí lập hóa đơn khoản chênh lệch và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không đài thọ, 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. Hãy truy cập www.kp.org (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số 1-800-290-8900 (TTY: 711) để lấy danh sách <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> . | Chương trình này sử dụng một <u>mạng lưới nhà cung cấp</u> . Quý vị sẽ trả ít hơn nếu sử dụng <u>nhà cung cấp</u> trong <u>mạng lưới</u> của chương trình. Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ <u>nhà cung cấp</u> về khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà <u>chương trình</u> của quý vị thanh toán (<u>lập hóa đơn số tiền chênh lệch</u>). Lưu ý, <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> để cung cấp một số dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm). Hãy 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 với một số <u>bác sĩ chuyên khoa</u> . | Chương trình sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> đối với dịch vụ được đài thọ, nhưng chỉ trong trường hợp quý vị có <u>giấy giới thiệu</u> trước khi đến khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> đó. |

 Mọi chi phí tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm có 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 Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Mức tối đa quý vị sẽ trả) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|---|---|--|--|
| Nếu quý vị đến khám tại văn phòng hay phòng khám của <u>nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</u> | Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật | \$15/lần thăm khám; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Không có |
| | Thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> | \$40/lần thăm khám; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Không có |
| | <u>Chăm sóc phòng ngừa/kiểm tra sàng lọc/chủng ngừa</u> | Miễn phí; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Quý vị có thể phải chi trả cho những dịch vụ không phải <u>phòng ngừa</u> . Hãy hỏi <u>nhà cung cấp</u> của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ <u>phòng ngừa</u> 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 Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Mức tối đa quý vị sẽ trả) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--|--|---|--|---|
| Nếu quý vị làm xét nghiệm | Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu) | Chụp X-quang: \$30/lần thực hiện; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> cho dịch vụ chụp X-quang và chụp ảnh chẩn đoán. Xét nghiệm: \$30/lần thực hiện; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> cho các dịch vụ xét nghiệm và chuyên môn. | 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)) | \$300/lần thăm khám | Không được đài thọ | Cần có sự <u>cho phép trước</u> . |
| Nếu quý vị cần dùng thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Quý vị có thể xem thêm thông tin về bảo hiểm thuốc theo toa tại kp.org/wa/7formulary2026 (bằng tiếng Anh) | Thuốc gốc ưu tiên | \$10/ <u>thuốc theo toa</u> ; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (mua lẻ); lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện). Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> cho thuốc tránh thai. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . |
| | Thuốc biệt dược ưu tiên | \$75/ <u>toa thuốc</u> ; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (mua lẻ); lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . |
| | Thuốc gốc/thuốc biệt dược không ưu tiên | \$200/ <u>toa thuốc</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (mua lẻ); lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> . |
| | <u>Thuốc chuyên khoa</u> | \$200/ <u>toa thuốc</u> | Không được đài thọ | Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (mua lẻ) |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Mức tối đa quý vị sẽ trả) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|---|--|---|--|---|
| Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú | Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú) | \$350 / lần thăm khám | Không được đài thọ | Không có |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | \$75/lần thăm khám | Không được đài thọ | Không có |
| Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức | <u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u> | \$800/lần thăm khám | \$800/lần thăm khám | Quý vị phải thông báo cho Kaiser Permanente trong vòng 24 tiếng nếu nhập viện tại <u>nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình</u> ; chỉ giới hạn cho trường hợp cấp cứu ban đầu. |
| | <u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u> | \$375/chuyến; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | \$375/chuyến; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không có |
| | <u>Chăm sóc khẩn cấp</u> | \$35/lần thăm khám; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | \$800/lần thăm khám | Dịch vụ nhận từ <u>nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình</u> sẽ không được đài thọ trong khu vực dịch vụ. |
| Nếu quý vị nằm viện | Phí cơ sở (như phòng bệnh viện) | \$650/ngày, lên đến \$3,250/lần nhập viện; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Cần có sự <u>cho phép trước</u> . |
| | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật | Đã bao gồm trong phí cơ sở | Không được đài thọ | Cần có sự <u>cho phép trước</u> . |
| 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 | \$15/lần thăm khám; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Không có |
| | Dịch vụ nội trú | \$650/ngày, lên đến \$3,250/lần nhập viện; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Cần có sự <u>cho phép trước</u> . |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Mức tối đa quý vị sẽ trả) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--|--|--|--|---|
| 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</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 | Đã bao gồm trong phí cơ sở | Không được đài thọ | Không có |
| | Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ | \$650/ngày, lên đến \$3,250/lần nhập viện; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Quý vị phải thông báo cho Kaiser Permanente trong vòng 24 tiếng sau khi nhập viện, hoặc ngay sau khi đủ sức khỏe. Phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ trẻ sơ sinh được tách riêng với phần chia sẻ chi phí của người mẹ. |
| 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> | \$15/ngày; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Giới hạn 130 lần thăm khám / năm. Cần có sự <u>cho phép trước</u> . |
| | <u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u> | Ngoại trú: \$30/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> ; Nội trú: \$650/ngày, lên đến \$3,250/lần nhập viện; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Ngoại trú: giới hạn 25 lần thăm khám/năm. Nội trú: giới hạn 30 ngày/năm (Cần có sự <u>cho phép trước</u>). Các dịch vụ có chẩn đoán sức khỏe tâm thần được đài thọ không giới hạn. |
| | <u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u> | Ngoại trú: \$30/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> ; Nội trú: \$650/ngày, lên đến \$3,250/lần nhập viện; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Ngoại trú: giới hạn 25 lần thăm khám/năm. Nội trú: giới hạn 30 ngày/năm (cần có sự <u>cho phép trước</u>). Các dịch vụ có chẩn đoán sức khỏe tâm thần được đài thọ không giới hạn. |
| | <u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u> | \$350/ngày | Không được đài thọ | Giới hạn 60 ngày/năm. Cần có sự <u>cho phép trước</u> . |
| | <u>Thiết bị y khoa lâu bền</u> | 20% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> | Không được đài thọ | Cần có sự <u>cho phép trước</u> . |
| | <u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u> | Miễn phí; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Cần có sự <u>cho phép trước</u> . Dịch vụ chăm sóc thay thế nội trú hoặc ngoại trú được giới hạn ở tối đa 14 ngày trong suốt cuộc đời. |

| Sự Kiện Y Khoa Thông Thường | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất) | Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Mức tối đa quý vị sẽ trả) | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác |
|--|------------------------------|---|--|---|
| Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay nhãn khoa | Khám mắt cho trẻ em | Miễn phí; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Giới hạn một lần thăm khám/năm |
| | Kính mắt cho trẻ em | Miễn phí; không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> | Không được đài thọ | Giới hạn là một cặp gọng kính và mắt kính hoặc kính áp tròng một năm. |
| | Kiểm tra nha khoa cho trẻ em | Không được đài thọ | Không được đài thọ | Không có |

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

| Những Dịch Vụ Mà <u>Chương Trình</u> Của Quý Vị Thường KHÔNG Đài Thọ (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách về bất kỳ <u>dịch vụ bị loại trừ</u> nào khác.) | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Phẫu thuật giảm cân ● Phẫu thuật thẩm mỹ ● Chăm Sóc Nha Khoa (Người Lớn & Trẻ Em) | <ul style="list-style-type: none"> ● Điều Trị Vô Sinh (ngoại trừ Thụ Tinh Nhân Tạo) ● 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 ● 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 danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị.) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Phá thai ● Châm cứu | <ul style="list-style-type: none"> ● Nắn khớp xương (10 lần thăm khám / năm) ● Dụng cụ trợ thính (1 dụng cụ trợ thính mỗi tai / 36 tháng) | <ul style="list-style-type: none"> ● Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn) ● Chăm sóc bàn chân định kỳ |

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị: Có những cơ quan có thể hỗ trợ nếu quý vị muốn tiếp tục sử dụng 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 hỗ trợ nếu quý vị có 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 liên quan đến 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 cần được trợ giúp, hãy liên lạc cơ quan trong bảng 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 | 1-800-290-8900 (TTY: 711) hoặc https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services (bằng tiếng Anh) |
| Văn Phòng Ủy Viên Bảo Hiểm | 1-800-562-6900 hoặc www.insurance.wa.gov |

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

Bảo Hiểm Thiết Yếu 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 đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu nhất định, quý vị có thể 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 đủ điều kiện hưởng 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 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-290-8900 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-290-8900 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-290-8900 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-290-8900 (TTY: 711)

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

Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:



Đây không phải là công thức ước tính chi phí. Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách thức 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, mức giá của nhà cung cấp và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào phần chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và các 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 rằng 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 số tiền khấu trừ của chương trình | \$1,900 |
| ■ Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa | \$40 |
| ■ Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) | \$650 |
| ■ Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) | \$30 |

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:

Thăm 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)

Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa (thuốc gây mê/tê)

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 | \$1,900 |
| ■ Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa | \$40 |
| ■ Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) | \$650 |
| ■ Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu) | \$30 |

Trường hợp MẪU này bao gồm những dịch vụ như:

Thăm 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)

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 | \$1,900 |
| ■ Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa | \$40 |
| ■ Tiền đồng trả cho bệnh viện (cơ sở) | \$650 |
| ■ Tiền đồng trả khác (chụp X-quang) | \$30 |

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 (ngang)

Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

Tổng Chi Phí Mẫu **\$12,700**

Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:

| <i>Phần Chia Sẻ Chi Phí</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$1,900 |
| <u>Tiền Đồng Trả</u> | \$900 |
| <u>Tiền Đồng Bảo Hiểm</u> | \$0 |
| <i>Những khoản không được đài thọ</i> | |
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$20 |
| Tổng số tiền Peg sẽ trả là | \$2,820 |

Tổng Chi Phí Mẫu **\$5,600**

Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:

| <i>Phần Chia Sẻ Chi Phí</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$0 |
| <u>Tiền Đồng Trả</u> | \$1,400 |
| <u>Tiền Đồng Bảo Hiểm</u> | \$0 |
| <i>Những khoản không được đài thọ</i> | |
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$0 |
| Tổng số tiền Joe sẽ trả là | \$1,400 |

Tổng Chi Phí Mẫu **\$2,800**

Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:

| <i>Phần Chia Sẻ Chi Phí</i> | |
|---------------------------------------|--------------|
| <u>Tiền Khấu Trừ</u> | \$100 |
| <u>Tiền Đồng Trả</u> | \$800 |
| <u>Tiền Đồng Bảo Hiểm</u> | \$0 |
| <i>Những khoản không được đài thọ</i> | |
| Các giới hạn hoặc loại trừ | \$0 |
| Tổng số tiền Mia sẽ trả là | \$900 |

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 Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity. We also:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Member Services at **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 or by calling **1-888-901-4636 (TTY 711)**. You can file a grievance in person or by mail, phone, or online at kp.org/wa/feedback. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

The notice of nondiscrimination is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

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, 800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Help in your language

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-888-901-4636 (TTY 711)**。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-888-901-4636**로 전화해 주세요.(TTY 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់៖ បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-888-901-4636 (TTY 711)**។

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-888-901-4636** までお電話ください。(TTY 711)。

አማርኛ (Amharic) ትኩረት፡ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርቆዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-901-4636** ይደውሉ (TTY 711)።

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-888-901-4636** irratti bilbilaa (TTY 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenten mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-901-4636** an (TTY 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-888-901-4636 (TTY 711).

International Symbol for ASL
(American Sign Language):



Trang này cần chú ý trình.