



Bản Đính Chính Cẩm Nang Hội Viên Năm 2026

Đây là thông tin quan trọng về các thay đổi đối với Cẩm Nang Hội Viên Medi-Cal Năm 2026 của Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Cẩm Nang Hội Viên của quý vị còn được gọi là Tổng Hợp Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình (Evidence of Coverage and Disclosure Form, “EOC/DF”). Bản Đính Chính này cho quý vị biết về những cập nhật trong Cẩm Nang Hội Viên Năm 2026 của quý vị. Vui lòng lưu giữ tài liệu này cùng với Cẩm Nang Hội Viên Năm 2026 của quý vị.

Trong Bản Đính Chính Cẩm Nang Hội Viên này, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. đôi khi được gọi là “của chúng tôi” hoặc “chúng tôi”. Hội viên đôi khi được gọi là “quý vị”. Một số từ ngữ viết hoa có ý nghĩa đặc biệt trong Cẩm Nang Hội Viên này. Xem Chương 8, “Các số điện thoại và thuật ngữ quan trọng cần biết”, trong Cẩm Nang Hội Viên để biết các thuật ngữ mà quý vị cần biết.

Các thay đổi đối với quyền lợi được gạch chân bên dưới.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**). Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

4513119319-VN

Mô tả được sửa đổi trong phần “Chấp Thuận Trước (Cho Phép Trước)” của Chương 3 (Cách nhận dịch vụ chăm sóc)

Chấp thuận trước (cho phép trước)

Cho phép trước ở Miền Bắc California

Đối với các dịch vụ được liệt kê trong phần “Các dịch vụ cần Chấp Thuận Trước (Cho Phép Trước)” ở phần sau của chương này, Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ cần phải xin phép The Permanente Medical Group trước khi quý vị được chăm sóc. Điều này được gọi là xin sự chấp thuận trước hoặc cho phép trước. Điều này có nghĩa là The Permanente Medical Group phải chắc chắn rằng dịch vụ chăm sóc đó là cần thiết về mặt y tế (có nhu cầu).

Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là những dịch vụ hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng của quý vị, phòng ngừa việc quý vị bị bệnh nặng hoặc khuyết tật, hoặc giảm nhẹ cơn đau dữ dội do bệnh tật, ốm đau hoặc thương tích đã được chẩn đoán. Đối với hội viên dưới tuổi 21, các dịch vụ cần thiết về mặt y tế bao gồm dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế để chữa trị hoặc giúp thuyên giảm bệnh tật hoặc tình trạng về thể chất hoặc tâm thần.

Đối với các yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước) tiêu chuẩn, The Permanente Medical Group phải phản hồi yêu cầu của quý vị sớm nhất có thể tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá năm ngày làm việc kể từ khi [họ] nhận được thông tin mà họ yêu cầu và đó là thông tin cần thiết để đưa ra quyết định (chấp thuận, thay đổi, hoặc từ chối) yêu cầu của quý vị. The Permanente Medical Group phải phản hồi chậm nhất là bảy ngày theo lịch kể từ khi họ nhận được yêu cầu của quý vị.

Đối với các yêu cầu mà nhà cung cấp cho biết hoặc người được The Permanente Medical Group chỉ định cho rằng việc áp dụng khung thời gian chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì, hoặc phục hồi chức năng tối đa của quý vị, The Permanente Medical Group sẽ đưa ra quyết định chấp thuận trước (cho phép trước) cấp tốc nhanh hơn. The Permanente Medical Group sẽ phản hồi sớm nhất có thể tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 72 giờ kể từ



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

khi họ nhận được yêu cầu của quý vị.

Trong một số trường hợp nhất định, The Permanente Medical Group có thể cần thêm thông tin để đưa ra quyết định (chấp thuận, thay đổi hoặc từ chối) đối với yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước) của quý vị. Nếu điều này xảy ra, The Permanente Medical Group có thêm 14 ngày theo lịch để đưa ra quyết định. Khi đã nhận được thông tin cần thiết, The Permanente Medical Group phải đưa ra quyết định sớm nhất có thể tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá năm ngày làm việc đối với các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc 72 giờ đối với các yêu cầu cấp tốc.

Đội ngũ nhân viên lâm sàng hoặc nhân viên y tế như bác sĩ, y tá và dược sĩ sẽ duyệt xét các yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước).

Chúng tôi không tác động đến quyết định của người duyệt xét về việc từ chối, thay đổi hoặc chấp thuận phạm vi bảo hiểm hoặc dịch vụ dưới bất kỳ hình thức nào. Nếu The Permanente Medical Group không chấp thuận yêu cầu đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư Thông Báo về Quyết Định (Notice of Action, NOA). NOA sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định đó.

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị nếu The Permanente Medical Group cần thêm thông tin hoặc thời gian để xem xét yêu cầu của quý vị.

Cho phép trước ở Miền Nam California

Đối với các dịch vụ được liệt kê trong phần “Các dịch vụ cần Chấp Thuận Trước (Cho Phép Trước)” ở phần sau của chương này, PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ cần phải xin phép Southern California Permanente Medical Group trước khi quý vị được chăm sóc. Điều này được gọi là xin sự chấp thuận trước hoặc cho phép trước. Điều này có nghĩa là Southern California Permanente Medical Group phải chắc chắn rằng dịch vụ chăm sóc đó là cần thiết về mặt y tế (có nhu cầu).

Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là những dịch vụ hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng của quý vị, phòng ngừa việc quý vị bị bệnh nặng hoặc khuyết tật, hoặc giảm nhẹ cơn đau dữ dội do bệnh tật, ốm đau hoặc thương tích đã được chẩn đoán. Đối với hội viên dưới tuổi 21, các dịch vụ cần thiết về mặt y tế bao gồm dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế để chữa trị hoặc giúp thuyên giảm bệnh tật hoặc tình trạng về thể chất hoặc tâm thần.

Đối với các yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước) tiêu chuẩn, Southern California Permanente Medical Group phải phản hồi yêu cầu của quý vị sớm nhất có thể tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá năm ngày làm việc kể từ khi họ nhận được thông tin mà họ yêu cầu và đó là thông tin cần thiết để đưa ra quyết định (chấp



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

thuận, thay đổi, hoặc từ chối) yêu cầu của quý vị. Southern California Permanente Medical Group phải phản hồi chậm nhất là bảy ngày theo lịch kể từ khi [ho] nhận được yêu cầu của quý vị.

Đối với các yêu cầu mà nhà cung cấp cho biết hoặc người được Southern California Permanente Medical Group chỉ định cho rằng việc áp dụng khung thời gian chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì, hoặc phục hồi chức năng tối đa của quý vị, Southern California Permanente Medical Group sẽ đưa ra quyết định chấp thuận trước (cho phép trước) cấp tốc nhanh hơn. Southern California Permanente Medical Group sẽ phản hồi sớm nhất có thể tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 72 giờ kể từ khi họ nhận được yêu cầu của quý vị.

Trong một số trường hợp nhất định, Southern California Permanente Medical Group có thể cần thêm thông tin để đưa ra quyết định (chấp thuận, thay đổi hoặc từ chối) đối với yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước) của quý vị. Nếu điều này xảy ra, Southern California Permanente Medical Group có thêm 14 ngày theo lịch để đưa ra quyết định. Khi đã nhận được thông tin cần thiết, Southern California Permanente Medical Group phải đưa ra quyết định sớm nhất có thể tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá năm ngày làm việc đối với các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc 72 giờ đối với các yêu cầu cấp tốc.

Đội ngũ nhân viên lâm sàng hoặc nhân viên y tế như bác sĩ, y tá và dược sĩ sẽ duyệt xét các yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước).

Chúng tôi không tác động đến quyết định của người duyệt xét về việc từ chối, thay đổi hoặc chấp thuận phạm vi bảo hiểm hoặc dịch vụ dưới bất kỳ hình thức nào. Nếu Southern California Permanente Medical Group không chấp thuận yêu cầu đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư Thông Báo về Quyết Định (NOA). NOA sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định đó.

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị nếu Southern California Permanente Medical Group cần thêm thông tin hoặc thời gian để xem xét yêu cầu của quý vị.

Các dịch vụ cần Chấp Thuận Trước (Cho phép trước)

Sau đây là các dịch vụ luôn cần sự chấp thuận trước:

- Dịch vụ chăm cứu khi quý vị cần nhiều hơn hai lần thăm khám mỗi tháng.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

- Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (“Community-Based Adult Services, CBAS”)
- Gây mê nha khoa
- Thiết bị y khoa lâu bền
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Vật tư thu, chứa chất thải và nước tiểu
- Bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình
- Các dịch vụ không được các Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới Medi-Cal cung cấp
- Cấy ghép
- Dịch Vụ Đưa Đón Y Tế khi không phải trường hợp cấp cứu

Dịch vụ Chăm Sóc Cấp Cứu, bao gồm cả dịch vụ xe cứu thương, không yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước).

Quý vị không cần sự chấp thuận trước (cho phép trước) cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu, ngay cả khi dịch vụ đó nằm ngoài mạng lưới Y Khoa Kaiser Permanente hoặc ngoài khu vực phục vụ ở Khu Vực Sinh Sống của quý vị. Trong đó bao gồm cả quá trình chuyển dạ và sinh con nếu quý vị đang mang thai. Quý vị không cần sự chấp thuận trước (cho phép trước) cho một số dịch vụ chăm sóc nhạy cảm. Để tìm hiểu thêm về các dịch vụ chăm sóc nhạy cảm, hãy đọc phần “Chăm sóc nhạy cảm” ở phần sau của chương này.

Để xem danh sách đầy đủ về những dịch vụ cần được chấp thuận trước và các tiêu chuẩn được sử dụng để đưa ra quyết định cho phép, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ kp.org/UM (bằng Tiếng Anh) hoặc gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Ý kiến thứ hai

Quý vị có thể muốn tham khảo ý kiến thứ hai về dịch vụ chăm sóc mà nhà cung cấp của quý vị cho biết rằng quý vị cần hoặc về kết quả chẩn đoán hoặc kế hoạch điều trị của quý vị. Ví dụ, quý vị có thể muốn tham khảo ý kiến thứ hai nếu quý vị muốn đảm bảo rằng kết quả chẩn đoán là chính xác, quý vị không chắc chắn là quý vị có cần biện pháp điều trị hoặc phẫu thuật được chỉ định hay không, hoặc quý vị đã tuân theo một kế hoạch điều



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

trị nhưng nó không hiệu quả.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tham khảo ý kiến thứ hai nếu nhà cung cấp trong mạng lưới Medi-Cal của quý vị yêu cầu và quý vị nhận ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp trong mạng lưới Medi-Cal. Quý vị không cần chúng tôi cho phép để nhận ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp trong mạng lưới Medi-Cal. Nhà cung cấp trong mạng lưới Medi-Cal của quý vị có thể giúp quý vị có được giấy giới thiệu để tham khảo ý kiến thứ hai nếu cần.

Để tham khảo ý kiến thứ hai, hãy gọi cho PCP của quý vị. PCP có thể giới thiệu quý vị đến một nhà cung cấp trong mạng lưới Medi-Cal để tham khảo ý kiến thứ hai, người này là chuyên gia y tế có trình độ chuyên môn phù hợp với bệnh trạng của quý vị, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-855-839-7613 (TTY 711)** để được giới thiệu tham khảo ý kiến thứ hai nếu quý vị muốn.

Nếu không có nhà cung cấp đủ điều kiện trong mạng lưới Medi-Cal để đưa ra ý kiến thứ hai cho quý vị, Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị tham khảo ý kiến từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu chúng tôi giới thiệu quý vị đến nhà cung cấp ngoài mạng lưới để tham khảo ý kiến thứ hai, chúng tôi sẽ thanh toán chi phí cho ý kiến thứ hai đó. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết việc nhà cung cấp dịch vụ mà quý vị chọn để xin ý kiến thứ hai có được chấp thuận hay không trong thời gian sớm nhất có thể tùy theo bệnh trạng của quý vị, nhưng không quá năm ngày làm việc kể từ khi Chương Trình nhận được thông tin mà Chương Trình yêu cầu rằng thông tin đó cần thiết một cách hợp lý để đưa ra quyết định về yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải phản hồi trong vòng không quá bảy ngày theo lịch kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Nếu quý vị mắc bệnh mãn tính, bệnh nghiêm trọng hoặc bệnh nặng, hoặc gặp phải mối đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đối với sức khỏe, bao gồm nhưng không giới hạn ở nguy cơ tử vong, mất chi, mất bộ phận cơ thể hoặc mất chức năng cơ thể quan trọng, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu được tham khảo ý kiến thứ hai của quý vị, quý vị có thể nộp đơn phản nàn. Để tìm hiểu thêm về quy trình phản nàn, hãy đọc phần “Than phiền” ở Chương 6 “Báo cáo và giải quyết vấn đề” trong Cẩm Nang Hội Viên.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

Mô tả được sửa đổi trong phần “Các chương trình và dịch vụ Medi-Cal khác không được Kaiser Permanente đài thọ” của Chương 4 (Quyền lợi và dịch vụ)

Kaiser Permanente không đài thọ cho một số dịch vụ, nhưng quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ đó thông qua Medi-Cal Phí Trả Theo Dịch Vụ (Fee-For-Service, FFS) hoặc các chương trình Medi-Cal khác. Chúng tôi sẽ phối hợp với các chương trình khác để đảm bảo quý vị nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, bao gồm cả những dịch vụ được đài thọ bởi một chương trình khác chứ không phải bởi chúng tôi. Phần này liệt kê một số dịch vụ trong những dịch vụ đó. Để tìm hiểu thêm, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Dental Managed Care tại các Quận Sacramento và Los Angeles

Chương Trình Dental Managed Care của Medi-Cal sử dụng các chương trình chăm sóc có quản lý để cung cấp dịch vụ nha khoa cho quý vị. Quý vị phải ghi danh tham gia chương trình Dental Managed Care. Trong một số trường hợp, quý vị có thể đủ điều kiện được miễn ghi danh tham gia chương trình Dental Managed Care. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập Các Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe trên trang: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Quý vị cũng có thể gọi cho Các Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số **1 800-430-4263**.

Lưu ý: Dịch vụ gây mê cho một số thủ thuật nha khoa được đài thọ theo các điều khoản trong Cẩm Nang Hội Viên này. Xem đề mục “Dịch vụ của bác sĩ gây mê” trong phần “Chăm Sóc Ngoại Trú” tại Chương 4 (“Quyền lợi và dịch vụ”) trong Cẩm Nang Hội Viên này để biết thêm thông tin.

Dịch vụ nha khoa tại các quận khác

Medi-Cal Dental FFS cũng giống với Medi-Cal FFS cho các dịch vụ nha khoa của quý vị. Trước khi nhận dịch vụ nha khoa, quý vị phải xuất trình Thẻ Nhận dạng Quyền lợi (Benefits Identification Card, BIC) của Medi-Cal cho nhà cung cấp dịch vụ nha khoa. Hãy



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

3 | Cách nhận dịch vụ chăm sóc

chắc chắn rằng nhà cung cấp chấp nhận Dental FFS và quý vị không tham gia vào bất kỳ chương trình chăm sóc có quản lý nào có đòi hỏi cho dịch vụ nha khoa.

Medi-Cal đòi hỏi cho nhiều loại dịch vụ nha khoa thông qua chương trình Medi-Cal Dental, bao gồm:

- Hàm giả toàn phần và bán phần
- Mão răng (chế tạo sẵn/chế tạo tại phòng thí nghiệm)
Các dịch vụ nha khoa chẩn đoán và phòng ngừa như kiểm tra, chụp X-quang và làm sạch răng
- Chăm sóc cấp cứu để kiểm soát cơn đau
- Trám răng
- Chỉnh răng cho trẻ em đủ điều kiện
- Điều trị rút tủy răng (răng trước/răng sau)
- Lấy cao răng và bào lóng gốc răng
- Nhổ răng
- Florua cục bộ

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn tìm hiểu thêm về các dịch vụ nha khoa, hãy gọi cho Medi-Cal Dental theo số **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** hoặc **711**). Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của Medi-Cal Dental tại địa chỉ <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**). Chúng tôi hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

Mô tả được sửa đổi trong phần “Các dịch vụ khác mà trẻ em có thể nhận được thông qua chương trình Medi-Cal Phí Trả Theo Dịch Vụ (FFS) hoặc các chương trình khác” của Chương 5 (Chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và thanh thiếu niên)

Những hội viên là trẻ em và thanh thiếu niên dưới 21 tuổi có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết ngay khi đã được ghi danh tham gia. Điều này đảm bảo trẻ nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng, nha khoa và tinh thần phù hợp, bao gồm cả các dịch vụ phát triển và chuyên khoa. Chương này sẽ giải thích chi tiết về các dịch vụ đó.

Các dịch vụ khác mà trẻ em có thể nhận được thông qua chương trình Medi-Cal Phí Trả Theo Dịch Vụ (FFS) hoặc các chương trình khác

Khám răng

Hãy giữ cho nướu răng của con quý vị luôn sạch sẽ bằng cách nhẹ nhàng lau nướu răng bằng khăn mỗi ngày. Khoảng từ bốn đến sáu tháng tuổi, quá trình “mọc răng” bắt đầu khi những chiếc răng của con nhú lên. Quý vị nên đặt lịch thăm khám nha khoa lần đầu cho con ngay khi chiếc răng đầu tiên mọc lên hoặc trước sinh nhật đầu tiên của con, tùy theo điều kiện nào đến trước.

Những dịch vụ nha khoa Medi-Cal này là các dịch vụ miễn phí dành cho:

Trẻ sơ sinh từ 0-3 tuổi

- Thăm khám nha khoa lần đầu cho con
- Khám nha khoa (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Khám nha khoa lần đầu cho con
- Chụp X-quang



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại [**kp.org**](http://kp.org).

5 | Chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và thanh thiếu niên

- Vệ sinh răng miệng (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Men florua (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Trám răng
- Nhổ răng (loại bỏ răng)
- Dịch vụ nha khoa cấp cứu
- *Giảm đau (nếu cần thiết về mặt y tế)

Trẻ em từ 4-12 tuổi

- Khám nha khoa (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Chụp X-quang
- Men florua (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Vệ sinh răng miệng (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Chất trám răng hàm
- Trám răng
- Rút tủy răng
- Nhổ răng (loại bỏ răng)
- Dịch vụ nha khoa cấp cứu
- *Giảm đau (nếu cần thiết về mặt y tế)

Thanh thiếu niên từ 13-20 tuổi

- Khám nha khoa (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Chụp X-quang
- Men florua (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Vệ sinh răng miệng (sáu tháng một lần hoặc thường xuyên hơn)
- Chỉnh răng (niềng) cho những người đủ điều kiện
- Trám răng
- Mão răng
- Rút tủy răng
- Hàm giả bán phần và toàn phần
- Lấy cao răng và bào lóng gốc răng
- Nhổ răng (loại bỏ răng)
- Dịch vụ nha khoa cấp cứu
- *Giảm đau (nếu cần thiết về mặt y tế)

* Các nhà cung cấp cần cân nhắc sử dụng phương pháp giảm đau và gây mê khi họ xác định và ghi lại lý do khiến việc gây tê cục bộ là không phù hợp về mặt y tế và việc điều trị



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại **kp.org**.

5 | Chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và thanh thiếu niên

nha khoa đã được chấp thuận trước hoặc không yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước).

Sau đây là một số lý do không thể thực hiện gây tê cục bộ và có thể thay thế bằng phương pháp giảm đau hoặc gây mê:

- Tình trạng về thể chất, hành vi, phát triển hoặc cảm xúc khiến bệnh nhân không thể đáp ứng các phương pháp điều trị của nhà cung cấp.
- Thủ thuật phục hồi hoặc thủ thuật giải phẫu lớn
- Đứa trẻ không chịu hợp tác
- Nhiễm trùng cấp tính tại vị trí tiêm
- Phương pháp gây tê cục bộ không kiểm soát được cơn đau

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn tìm hiểu thêm về các dịch vụ nha khoa, hãy gọi đến Đường Dây Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Dental theo số **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** hoặc **711**) hoặc truy cập <https://smilecalifornia.org/>.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại kp.org.

Mô tả được sửa đổi trong phần “Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang” của Chương 6 (Báo cáo và giải quyết vấn đề)

Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang là một cuộc họp với chúng tôi và thẩm phán từ Sở Dịch Vụ Xã Hội California (California Department of Social Services, “CDSS”). Thẩm phán sẽ giúp giải quyết vấn đề của quý vị và quyết định xem chúng tôi có đưa ra quyết định đúng hay không. Quý vị có quyền yêu cầu một phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang nếu quý vị đã yêu cầu khiếu nại với Kaiser Permanente và vẫn không hài lòng với quyết định của chúng tôi, hoặc nếu quý vị không nhận được quyết định về khiếu nại của mình sau 30 ngày.

Quý vị phải yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng 120 ngày kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại (Notice of Appeal Resolution, “NAR”) của chúng tôi. Nếu chúng tôi đã cấp cho quý vị Hỗ Trợ Thanh Toán Trong Thời Gian Chờ Giải Quyết Sự Việc trong quá trình khiếu nại và quý vị muốn tiếp tục nhận khoản hỗ trợ này cho đến khi có quyết định tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị phải yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư NAR của chúng tôi hoặc trước ngày chúng tôi thông báo dịch vụ của quý vị sẽ bị ngừng, tùy theo ngày nào đến sau.

Nếu quý vị cần hỗ trợ để đảm bảo Hỗ Trợ Thanh Toán Trong Thời Gian Chờ Giải Quyết Sự Việc sẽ tiếp tục cho đến khi có quyết định cuối cùng tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**) 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người đại diện được ủy quyền hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang cho quý vị khi được quý vị cho phép bằng văn bản.

Đôi khi quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang mà không cần hoàn tất quy trình khiếu nại của chúng tôi.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại [kp.org](https://www.kp.org).

6 | Báo cáo và giải quyết vấn đề

Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang mà không cần hoàn tất quy trình khiếu nại của chúng tôi nếu chúng tôi đã không thông báo cho quý vị một cách chính xác hoặc kịp thời về các dịch vụ của quý vị. Trường hợp này được gọi là Hết Thủ Tục. Dưới đây là một số trường hợp Hết Thủ Tục:

- Chúng tôi không cung cấp thư Thông Báo về Quyết Định (Notice of Action, “NOA”) hoặc NAR bằng ngôn ngữ ưu tiên của quý vị
- Chúng tôi nhầm lẫn và gây ảnh hưởng đến bất kỳ quyền nào của quý vị
- Chúng tôi không gửi thư NOA cho quý vị
- Chúng tôi không gửi thư NAR cho quý vị
- Chúng tôi mắc lỗi trong thư NAR
- Chúng tôi không đưa ra quyết định về khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày
- Chúng tôi đã quyết định rằng trường hợp của quý vị là trường hợp khẩn cấp nhưng đã không phản hồi khiếu nại của quý vị trong vòng 72 giờ.

Quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang bằng những cách sau:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Ban Điều Trần Tiểu Bang của CDSS theo số **1-800-743-8525** (TTY **1-800-952-8349** hoặc **711**)
- **Qua thư:** Điền vào mẫu đơn được cung cấp cùng với thông báo giải quyết đơn khiếu nại của quý vị và gửi đến địa chỉ:
California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
- **Trực tuyến:** Yêu cầu mở phiên điều trần trực tuyến tại [**www.cdss.ca.gov**](http://www.cdss.ca.gov)
- **Qua email:** Điền vào mẫu đơn được cung cấp cùng với thông báo giải quyết khiếu nại của quý vị và gửi email đến địa chỉ [**Scopeofbenefits@dss.ca.gov**](mailto:Scopeofbenefits@dss.ca.gov)
 - Lưu ý: Nếu quý vị gửi đơn qua email, sẽ có nguy cơ một người nào khác ngoài Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang có thể chặn email của quý vị. Hãy cân nhắc sử dụng phương thức an toàn hơn để gửi yêu cầu của quý vị.
- **Qua Fax:** Điền vào mẫu đơn được cung cấp cùng với thông báo giải quyết đơn khiếu nại của quý vị và gửi fax đến Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo số **916-309-3487** hoặc số điện thoại miễn cước **1-833-281-0903**



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**). Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại [**kp.org**](http://kp.org).

6 | Báo cáo và giải quyết vấn đề

Nếu quý vị cần giúp đỡ để yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, chúng tôi có thể giúp quý vị. Chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Tại phiên điều trần, quý vị sẽ trình bày với thẩm phán lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi. Chúng tôi sẽ trình bày với thẩm phán cách chúng tôi đưa ra quyết định. Có thể mất tới 90 ngày để thẩm phán đưa ra quyết định về trường hợp của quý vị. Chúng tôi phải tuân thủ quyết định của thẩm phán.

Nếu quý vị muốn CDSS đưa ra quyết định nhanh vì thời gian để tiến hành Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ đặt tính mạng, sức khỏe hoặc chức năng hoạt động của quý vị vào trạng thái nguy hiểm, người đại diện được ủy quyền hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể liên hệ CDSS và yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang Cấp Tốc (nhanh). CDSS phải đưa ra quyết định chậm nhất là ba ngày làm việc sau khi nhận được toàn bộ hồ sơ vụ việc của quý vị từ chúng tôi.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại [kp.org](https://www.kp.org).

Mô tả được sửa đổi trong phần “Thông Báo về Quyết Định” của Chương 7 (Quyền và trách nhiệm)

Là hội viên của Kaiser Permanente, quý vị có các quyền và trách nhiệm nhất định. Chương này giải thích các quyền và trách nhiệm đó. Chương này cũng có các thông báo pháp lý mà quý vị có quyền được nhận với tư cách là hội viên của Kaiser Permanente.

Thông Báo Quyết Định

Kaiser Permanente sẽ gửi thư Thông Báo về Quyết Định (Notice of Action, “NOA”) cho quý vị bất cứ khi nào Kaiser Permanente từ chối, trì hoãn, chấm dứt hoặc sửa đổi yêu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị luôn có quyền nộp đơn khiếu nại với chúng tôi. Hãy xem phần “Khiếu nại” trong Chương 6 của Cẩm Nang Hội Viên này để biết những thông tin quan trọng về việc nộp đơn khiếu nại. Khi chúng tôi gửi NOA cho quý vị, thư sẽ nêu rõ tất cả các quyền mà quý vị có nếu quý vị không đồng ý với quyết định mà chúng tôi đã đưa ra. Nếu quý vị nhận được thông báo này từ bất kỳ ai khác ngoài chúng tôi, hãy liên hệ ngay với Kaiser Permanente.

Nội dung trong thông báo

Nếu chúng tôi dựa vào lý do là tính cần thiết về mặt y tế để từ chối, trì hoãn, sửa đổi, chấm dứt, tạm ngừng hoặc giảm bớt dịch vụ của quý vị, toàn bộ hoặc một phần, thì NOA của quý vị phải bao gồm những nội dung sau:

- Thông báo về hành động mà chúng tôi sẽ thực hiện
- Lời giải thích rõ ràng và chính xác về lý do đưa ra quyết định của chúng tôi
- Cách chúng tôi đưa ra quyết định, bao gồm cả các quy tắc mà chúng tôi đã sử dụng
- Lý do về mặt y tế cho quyết định này Chúng tôi phải nêu rõ lý do tình trạng của quý vị không đáp ứng các quy định hoặc hướng dẫn.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại [kp.org](https://www.kp.org).

- Thông tin về quyền của quý vị trong việc yêu cầu bản sao miễn phí của tất cả các tài liệu và hồ sơ liên quan đến NOA.

Bản dịch

Chúng tôi cần phải dịch đầy đủ và cung cấp thông tin hội viên bằng văn bản bằng các ngôn ngữ ưu tiên thường dùng, bao gồm tất cả các thông báo phản nản và khiếu nại.

Thông báo đã được dịch đầy đủ phải bao gồm lý do về mặt y tế cho quyết định từ chối, trì hoãn, sửa đổi, chấm dứt, tạm ngừng hoặc giảm bớt yêu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nếu không có bản dịch sang ngôn ngữ ưu tiên của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp hình thức hỗ trợ qua lời nói bằng ngôn ngữ ưu tiên của quý vị để quý vị có thể hiểu thông tin nhận được.



Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Chúng tôi làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ). Cuộc gọi được miễn cước. Truy cập trực tuyến tại **kp.org**.

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Trong tài liệu này, “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” có nghĩa là Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., và Southern California Medical Group). Thông báo này hiện có trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**.

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Chúng tôi tuân thủ các luật dân quyền của tiểu bang và liên bang.

Chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau đây một cách kịp thời:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ♦ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ♦ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ♦ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ♦ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo các số điện thoại bên dưới. Cuộc gọi này được miễn cước. Ban Dịch Vụ Hội Viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng đĩa thu âm hay các định dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với chúng tôi nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn qua điện thoại, thư tín, trực tiếp hay trực tuyến. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage)* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để

biết thêm chi tiết. Quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về những lựa chọn áp dụng cho quý vị, hay để được trợ giúp đệ trình phản nản. Quý vị có thể đệ trình phản nản về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. Số điện thoại được ghi ở trên.
- **Qua thư tín:** Tải xuống một mẫu đơn tại **kp.org** hay gọi ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một mẫu đơn mà quý vị có thể gửi lại.
- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại **kp.org/facilities** để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cách đệ trình phản nản với Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California *(Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal)*

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370 (TTY 711)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Các mẫu đơn Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phản nản với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019 (TTY 711 hay 1-800-537-7697)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền hay gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Các mẫu đơn Than Phiên của Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ có tại: <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Trực tuyến: Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiên của Văn Phòng Dân Quyền tại: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**