



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la

cobertura, consulte <https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                       | Respuestas                                                                                                                                           | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?                                       | \$2,500 por individuo/\$5,000 por familia                                                                                                            | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.                                                                                                                                                                     |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?            | Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.                                            | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                           |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                    | No.                                                                                                                                                  | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?   | \$5,000 por individuo/\$10,000 por familia                                                                                                           | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.         | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .                                                                                        | Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                     | Servicios que podría necesitar                                                                                                     | Lo que usted pagará<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará el mínimo)                                                             | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>                                                                                                                                                                                         | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                      | \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Consulta con un <u>especialista</u>                                                                                                | \$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Atención preventiva/evaluación/</u><br>vacunas                                                                                  | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                      | No está cubierto                                                            | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.                                                                  |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                                 | <u>Exámenes de diagnóstico</u><br>(radiografías, análisis de sangre)                                                               | \$15 por sesión                                                                                                                   | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Diagnóstico por imágenes<br>(tomografía computarizada/<br>tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u> hasta \$150 por procedimiento                                                                              | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b><br>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | Medicamentos genéricos (nivel 1)                                                                                                   | Al por menor: \$10 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto                                                            | Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los anticonceptivos no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)                                                                                         | Al por menor: \$30 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$60 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto                                                            | Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los anticonceptivos no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca no preferidos (nivel 2)                                                                                      | Al por menor: \$30 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$60 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto                                                            | El <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca no preferidos de este <u>plan</u> se alinea con el <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca preferidos (nivel 2) cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones de la <u>lista de medicamentos</u> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Medicamentos de especialidad</u><br>(nivel 4)                                                                                   | 20% de <u>coseguro</u> hasta \$250 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.                                   | No está cubierto                                                            | Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .                                                                                                                                                                         |

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra<br>información importante                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                              | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                      |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                               | 30% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                      |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>                 | 30% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 30% de <u>coseguro</u>                                                      | Ninguna                                                                                                                                                                      |
|                                                                                         | <u>Transporte médico de emergencia</u>                    | \$150 por viaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$150 por viaje                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                      |
|                                                                                         | <u>Atención de urgencia</u>                               | \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No está cubierto                                                            | Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | 30% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                      |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                               | 30% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                      |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                     | Salud mental y conductual: \$40 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica.<br>30% de <u>coseguro</u> para otros servicios para pacientes ambulatorios; abuso de sustancias: \$40 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica.<br>30% de <u>coseguro</u> hasta \$5 por día para otros servicios para pacientes ambulatorios, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto                                                            | Salud mental y conductual: \$20 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica; abuso de sustancias: \$5 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica.           |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                   | 30% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                      |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará el mínimo)                           | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra<br>información importante                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si está embarazada</b>                                                                  | Visitas al consultorio                                 | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                    | No está cubierto                                                            | Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). |
|                                                                                            | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  | 30% de <u>coseguro</u>                                                                          | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  | 30% de <u>coseguro</u>                                                                          | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>                     | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                    | No está cubierto                                                            | Límite de 2 horas por visita, 3 visitas por día y 100 visitas por año.                                                                                                                                                                    |
|                                                                                            | <u>Servicios de rehabilitación</u>                     | Paciente hospitalizado:<br>30% de <u>coseguro</u> ;<br>paciente ambulatorio:<br>\$40 por visita | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | <u>Servicios de habilitación</u>                       | \$40 por visita                                                                                 | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | <u>Atención de enfermería especializada</u>            | 30% de <u>coseguro</u>                                                                          | No está cubierto                                                            | Límite de 100 días por período de beneficios.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                            | <u>Equipo médico duradero</u>                          | 20% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.                                      | No está cubierto                                                            | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                    | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                          | El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                       | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | Anteojos para niños                                    | No está cubierto                                                                                | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | Control dental para niños                              | No está cubierto                                                                                | No está cubierto                                                            | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, <b>NO</b> cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ). |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos para niños</li> <li>Atención quiropráctica</li> <li>Cirugía estética</li> <li>Atención dental (adultos y niños)</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos</li> <li>Cuidados a largo plazo</li> <li>Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería privada</li> <li>Cuidado de los pies de rutina</li> <li>Programas para perder peso</li> </ul> |

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Acupuntura (derivado por un proveedor del plan)
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

**Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:**

|                                                                                                          |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente                                                             | 1-800-278-3296 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a> |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-3272 o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>    |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros  | 1-877-267-2323 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>            |
| Departamento de Seguros de California                                                                    | 1-800-927-4357 o <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>                      |
| Departamento de Atención Médica Administrada de California                                               | 1-888-466-2219 o <a href="http://www.healthhelp.ca.gov/">www.healthhelp.ca.gov/</a>                  |

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

**Servicio de acceso a idiomas:**

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (análisis de sangre) \$15

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (análisis de sangre) \$15

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta médica  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (radiografía) \$15

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$12,700</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costos compartidos</i>            |                 |
| <u>Deducibles</u>                    | \$2,500         |
| <u>Copagos</u>                       | \$10            |
| <u>Coseguro</u>                      | \$2,200         |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                 |
| Límites o exclusiones                | \$50            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>   | <b>\$4,760</b>  |

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$5,600</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$90           |
| <u>Copagos</u>                       | \$900          |
| <u>Coseguro</u>                      | \$100          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Joe pagaría es</b>   | <b>\$1,090</b> |

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$2,200        |
| <u>Copagos</u>                       | \$100          |
| <u>Coseguro</u>                      | \$10           |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b>   | <b>\$2,310</b> |

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

## Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - ◆ Qualified sign language interpreters
  - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- 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 our Member Service Contact Center at **1 800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays). If you cannot hear or speak well, please call **711**.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

### How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You may also speak with a Member Services representative about the options that apply to you. Please call Member Services if you need help filing a grievance.

You may submit a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call member services at **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays)
- **By mail:** Call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)** and ask to have a form sent to you
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at [kp.org](http://kp.org)

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinators directly at the addresses below:

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

#### **How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)***

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at 916-440-7370 (TTY 711)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Online:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

#### **How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights**

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
  - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

## 反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente 遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente 不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente 提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
  - ◆ 合格手語翻譯員
  - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
  - ◆ 合格口譯員
  - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話 1-800-464-4000 (TTY 711) 給會員服務聯絡中心，每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話 711。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

### 如何向 Kaiser Permanente 投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向 Kaiser Permanente 提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話：** 打電話 1 800-464-4000 (TTY 711) 聯絡會員服務部，每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）
- **郵寄：** 打電話 1 800-464-4000 (TTY 711) 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出：** 在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上：** 使用 [kp.org](http://kp.org) 網站上的線上表格

您也可直接與 Kaiser Permanente 民權事務協調員聯絡，地址如下：

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

#### 如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限 *Medi-Cal* 受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話 916-440-7370 (TTY 711) 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上 [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) 取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

#### 如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話 1-800-368-1019 (TTY 711 或 1-800-537-7697)
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表

- **郵寄：**訪問民權辦公室投訴入口網站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

## Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, 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:

- 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 Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

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 thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc 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 Kaiser Permanente 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. 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 cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để đệ trình phàn nàn.

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị
- **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](http://kp.org/facilities) để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại [kp.org](http://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 phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền 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 Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền 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:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Trực tuyến:** Gửi email đến [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**Cách đệ trình phàn nàn 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 và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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

# NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000 (TTY 711)** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays. We can also help you with auxiliary aids and alternative formats.

**Arabic:** تحتوي هذه الوثيقة على معلومات مهمة من Kaiser Permanente. إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم هذه المعلومات، يرجى الاتصال على الرقم **(TTY: 711) 1-800-464-4000** وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء أيام العطلات الرسمية. يمكننا أيضاً تزويدك بمساعدات إضافية وتنسيقات بديلة.

**Armenian:** Սա կարևոր տեղեկություն է «Kaiser Permanente»-ից: Եթե այս տեղեկությունը հասկանալու համար Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և օժանդակություն ստանալ լեզվի հարցում: Զանգահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ բացի տոն օրերից: Մենք նաև կարող ենք օգնել Ձեզ օժանդակ օգնության և այլընտրանքային ձևաչափերի հարցում:

**Chinese:** 這是來自 Kaiser Permanente 的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電 **1-800-757-7585 (TTY 專線 711)** 尋求語言協助。我們每週 7 天，每天 24 小時皆提供協助（節假日休息）。我們還可以幫助您獲取輔助設備和其它格式。

**Farsi:** این اطلاعات مهمی از سوی Kaiser Permanente می باشد. اگر در فهمیدن این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره **(TTY 711) 1-800-464-4000** تماس گرفته و برای امداد زبانی درخواست کنید. کمک و راهنمایی در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل موجود است. ما همچنین می توانیم برای شما کمکهای جانبی و به صورتهای دیگر را فراهم کنیم.

**Hindi:** यह Kaiser Permanente की ओर से महत्वपूर्ण सूचना है। यदि आपको इस सूचना को समझने के लिए मदद की जरूरत है, तो कृपया **1-800-464-4000 (TTY 711)** पर फोन करें और भाषा सहायता के लिए पूछें। सहायता छुट्टियों को छोड़कर, सप्ताह के सातों दिन, दिन के 24 घंटे, उपलब्ध है। हम सहायक साधनों और वैकल्पिक प्रारूपों को प्राप्त करने में भी आपकी मदद कर सकते हैं।

**Hmong:** Qhov xov xwm no tseem ceeb los ntawm Kaiser Permanente. Yog koj xav tau kev pab kom nkag siab cov xov xwm no, thov hu rau **1-800-464-4000 (TTY 711)** thiab thov kev pab txhais lus. Muaj kev pab 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, tsis xam cov hnub caiv. Peb kuj muab tau lwm yam kev pab rau koj thiab ua lwm yam ntaub ntawv.

**Japanese:** Kaiser Permanente から重要なお知らせがあります。この情報を理解するためにヘルプが必要な場合は、**1-800-464-4000 (TTY 回線 711)** に電話して、言語サービスを依頼してください。このサービスは年中無休（祝祭日を除く）でご利用いただけます。補助器具・サービスや別のフォーマットについてもご相談いただけます。

**Khmer:** នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ មកពី Kaiser Permanente ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឲ្យបានយល់ដឹងព័ត៌មាននេះ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)** និងស្នើសុំជំនួយខាងភាសា។ ជំនួយគឺមាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ យើងក៏អាចជួយអ្នកជាមួយនិងឧបករណ៍ជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនិងជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗ។

**Korean:** 본 정보는 Kaiser Permanente 에서 전하는 중요한 메시지입니다. 본 정보를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **1-800-464-4000 (TTY 711)** 번으로 전화해 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 요일 및 시간에 관계없이 언제든지 도움을 제공해 드립니다(공휴일 제외). 또한 보조기구 및 대체 형식의 자료를 지원해 드릴 수 있습니다.

**Laotian:** ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນສໍາຄັນຈາກ Kaiser Permanente. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະຮຸນາໂທຮ **1-800-464-4000 (TTY 711)** ແລະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອມີໃຫ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ບໍລວມວັນພັກຕ່າງໆ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນດ້ານອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໄດ້.

**Mien:** Naaiv se benx jienv sic dauh waac-fienx yiem naaiv Kaiser Permanente bun daaih. Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx doqc naaiv deix waac-fienx liouh porv bun bieqc hnyouv nor, daaix luic douc waac daaih lorx **1-800-464-4000 (TTY 711)** aengx caux tov heuc tengx nzie faan waac bun muangx. Mbenc nzoih liouh tengx yiem yietc hnoi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaiah 7 hnoi, simv cuotv hnoi-gec oc. Yie mbuo corc haih mbenc wuotc ginc jaa-dorngx tengx nzie goux aengx caux liouh bun ginv longc sou-guv daan puix horpc meih.

**Navajo:** Díí éí hane' bítólníihíí át'éego Kaiser Permanente yee nihalne'. Díí hane'ígíí doo hazhó'ó bik'i'ídiitííhgóó t'áá shqódi'koji' hodíílnih **1-800-464-4000 (TTY 711)** áko saad bee áká i'íilyeed yídííkií. Kwe'é áká aná'álwo' t'áá álahjį' naadiindíí' ahéé'ílkidgóó dóó tsosts'id jí áą'át'é. Dahodílingóné' éí dá'deelkaal. Áádóó hane' bee bik'i' di'díitíílgíí dóó t'áá lahgo át'éego hane' nich'í ádoolnííí.

**Punjabi:** ਇਹ Kaiser Permanente ਵਲੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-800-464-4000 (TTY 711)** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪੁੱਛੋ। ਮਦਦ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

**Russian:** Это важная информация от Kaiser Permanente. Если Вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните по номеру **1-800-464-4000 (линия TTY 711)** и попросите предоставить Вам услуги переводчика. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, кроме праздничных дней. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами.

**Spanish:** La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616 (TTY 711)** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos. También podemos ayudarle con recursos para discapacidades y formatos alternativos.

**Tagalog:** Ito ay importanteng impormasyon mula sa Kaiser Permanente. Kung kailangan ninyo ng tulong para maunawan ang impormasyong ito, mangyaring tumawag sa **1-800-464-4000 (TTY 711)** at humingi ng tulong kaugnay sa lengguwahe. May makukuhang tulong 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, maliban sa mga araw na pista opisyal. Matutulungan din namin kayo sa mga pantulong na gamit o serbisyo at mga alternatibong format.

**Thai:** นี่เป็นข้อมูลสำคัญจาก Kaiser Permanente หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ โปรด โทร **1-800-464-4000 (โทรมา TTY 711)** และขอความช่วยเหลือด้านภาษา เราพร้อมให้ความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ ยกเว้นวันหยุดราชการ เรายังสามารถจัดหาอุปกรณ์และวัสดุช่วยเหลือในรูปแบบอื่นได้อีกด้วย

**Ukrainian:** У цьому повідомленні міститься важлива інформація від Kaiser Permanente. Якщо надана інформація не зрозуміла й вам потрібна допомога, зателефонуйте за номером **1-800-464-4000 (TTY 711)** і попросіть надати вам послугу перекладача. Наші співробітники надають допомогу цілодобово, 7 днів на тиждень, за винятком святкових днів. Також ми можемо допомогти вам, надавши допоміжні засоби й матеріали в альтернативних форматах.

**Vietnamese:** Đây là thông tin quan trọng từ Kaiser Permanente. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông tin này, vui lòng gọi số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu được cấp dịch vụ về ngôn ngữ. Quý vị sẽ được giúp đỡ 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, trừ ngày lễ. Chúng tôi cũng có thể giúp quý vị với các phương tiện trợ giúp bổ trợ và hình thức thay thế.