


**!** El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-800-278-3296 (línea TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.HealthCare.gov/sbc-glossary](http://www.HealthCare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-800-278-3296 (línea TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0.	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>desembolso</u> máximo de este <u>plan</u> ?	\$1,500 por individuo / \$3,000 por familia.	El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que podría 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>desembolso máximo</u> hasta alcanzar el <u>desembolso máximo</u> general de la familia.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</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 usted pague estos costos, no cuentan para el <u>desembolso máximo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red médica?	Sí. Vea <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (línea TTY: 711) para una lista de <u>proveedores</u> dentro de la red.	Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted 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 en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autorreferirse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> paga algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .

 Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</u>	Sin costo	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>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección.</b>  <b>Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a></b>	Medicamentos genéricos	\$15 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o en orden por correo. <b>La mayoría de los <u>medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están cubiertos</u></b>
	Medicamentos de marcas preferidas	\$15 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o en orden por correo. <b>La mayoría de los <u>medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están cubiertos</u></b>
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$15 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$15 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin costo	Sin costo	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Sin costo	No está cubierto	Sin costo
	Servicios internos	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin costo	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos, coseguros o deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido)
	Servicios de parto profesionales	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin costo	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Hasta un máximo de 2 horas por visita, hasta un máximo de 3 visitas al día, hasta un máximo de 100 visitas por año
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente interno/ambulatorio: sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin costo	No está cubierto	Hasta un máximo de 100 días por periodo de beneficios
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Se requiere autorización previa
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Es posible que usted tenga otra cobertura dental que no se describa aquí

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental (adultos)</li> <li>Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>Atención quiropráctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos</li> <li>Cirugía estética</li> <li>Cuidado rutinario de los pies a menos que sea necesario por motivos médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados a largo plazo</li> <li>Enfermería privada</li> <li>Programas para perder peso</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura (referido por un proveedor del plan)</li> <li>Cirugía bariátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de los ojos de rutina (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento para la infertilidad</li> </ul>

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias se muestra en la siguiente tabla. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con las agencias 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 (línea 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**

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

**Servicios lingüísticos:**

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 hipotética, consulte la próxima sección.*—————

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg está embarazada

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$0
■ <u>Copago del hospital (instalaciones)</u>	\$0
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$0

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,800</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<b>Costo compartido</b>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

#### **Qué no está cubierto**

Límites o exclusiones	\$100
-----------------------	-------

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$100</b>
------------------------------------	--------------

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$0
■ <u>Copago del hospital (instalaciones)</u>	\$0
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$0

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,400</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<b>Costo compartido</b>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0

#### **Qué no está cubierto**

Límites o exclusiones	\$4,300
-----------------------	---------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,500</b>
------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$0
■ <u>Copago del hospital (instalaciones)</u>	\$0
■ Otro <u>copago</u> (radiografía)	\$0

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,900</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<b>Costo compartido</b>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

#### **Qué no está cubierto**

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$0</b>
------------------------------------	------------

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

## Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. In addition, you may request health plan materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs. For more information, call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your *Evidence of Coverage* or *Certificate of Insurance*, or speak with a Member Services representative for the dispute-resolution options that apply to you. This is especially important if you are a Medicare, MediCal, MRMIP, MediCal Access, FEHBP, or CalPERS member because you have different dispute-resolution options available.

You may submit a grievance in the following ways:

- By completing a Complaint or Benefit Claim/Request form at a Member Services office located at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By calling our Member Service Contact Center toll free at **1-800-464-4000** (TTY users call **711**)
- By completing the grievance form on our website at [kp.org](http://kp.org)

Please call our Member Service Contact Center if you need help submitting a grievance.

The Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).



## Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Además, puede solicitar los materiales del plan de salud traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía*)
- enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía*)
- llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civil es (Office for Civil Rights Complaint Portal), en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) (en inglés).

## 無歧視公告

**Kaiser Permanente** 禁止以年齡、人種、族裔、膚色、原國籍、文化背景、血統、宗教、性別、性別認同、性別表達、性取向、婚姻狀況、生理或心理殘障、付款來源、遺傳資訊、公民身份、主要語言或移民身份為由而歧視任何人。

會員服務聯絡中心每週七天 24 小時提供語言協助服務（節假日除外）。本機構在全部營業時間內免費為您提供口譯，包括手語服務。我們還可為您和您的親友提供使用本機構設施與服務所需要的任何特別協助。此外，您還可索取翻譯成您的語言的健康保險計劃資料，以及採用大號字體或其他格式的版本來滿足您的需求。若需更多資訊，請致電 **1-800-757-7585**（TTY 專線使用者請撥 **711**）。

投訴指任何您或您的授權代表透過流程來表達不滿的做法。例如，如果您認為自己受到歧視，即可提出投訴。若需瞭解適用於自己的爭議解決選項，請參閱《承保範圍說明書》（*Evidence of Coverage*）或《保險證明書》（*Certificate of Insurance*），或諮詢會員服務代表。如果您是 Medicare、MediCal、MRMIP（Major Risk Medical Insurance Program, 高風險醫療保險計劃）、MediCal Access、FEHBP（Federal Employees Health Benefits Program, 聯邦僱員健康保險計劃）或 CalPERS 會員，向會員服務代表諮詢尤其重要，因為您可能會有不同的爭議解決方式選擇。

您可透過以下途徑投訴：

- 在健康保險計劃服務設施的會員服務處填寫《投訴或福利索賠/申請表》，地址見《健康服務指南》(Your Guidebook)。
- 將書面投訴信郵寄到健康保險計劃服務設施的會員服務處（地址見《健康服務指南》(Your Guidebook)）。
- 給我們的會員服務聯絡中心打免費電話，電話號碼是 **1-800-757-7585**（TTY 專線使用者請撥 **711**）。
- 在我們的網站上填寫投訴表，網址是 **kp.org**

如果您在投訴時需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心。

涉及人種、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障歧視的一切申訴都將通知 Kaiser Permanente 的民權事務協調員（Civil Rights Coordinator）。您也可與 Kaiser Permanente 的民權事務協調員 直接聯絡，地址：One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612。

您還可以電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站向美國健康與公共服務部民權辦公室（U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights）提出民權投訴，網址是 [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) 或者按照如下資訊採用郵寄或電話方式聯絡：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697（TDD 專線）。投訴表可從網站 [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 下載。

# 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** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

**Arabic:** تحتوي هذه الوثيقة على معلومات مهمة من Kaiser Permanente. إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم هذه المعلومات، يرجى الاتصال على الرقم **1-800-464-4000** وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء أيام العطلات الرسمية.

**Armenian:** Սա կարևոր տեղեկություն է «Kaiser Permanente»-ից: Եթե այս տեղեկությունը հասկանալու համար Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով և օժանդակություն ստանալ լեզվի հարցում: Չանզահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ բացի տոն օրերից:

**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** 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）。

**Farsi:** این اطلاعات مهمی از سوی Kaiser Permanente می باشد. اگر در فهمیدن این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره **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.

**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** पर फोन करें और भाषा सहायता के लिए पूछें। सहायता छुट्टियों को छोड़कर, सप्ताह के सातों दिन, दिन के 24 घंटे, उपलब्ध है।

**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** 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.

**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** 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。

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

**Korean:** 본 정보는 Kaiser Permanente 에서 전하는 중요한 메시지입니다. 본 정보를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **1-800-464-4000** 번으로 전화해 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 요일 및 시간에 관계없이 언제든지 도움을 제공해 드립니다(공휴일 제외).

**Laotian:** ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນສໍາຄັນຈາກ Kaiser Permanente. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະຊວງໂທລ **1-800-464-4000** ແລະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອມີໃຫ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ບໍ່ລວມວັນພັກຕ່າງໆ.

**Navajo:** Díí éí hane' b'ihólníihii át'éego Kaiser Permanente yee nihalne'. Díí hane'ígíí doo hazhó'ó bik'i'diitj'ihgóó t'áá shqodí koji' hodíílnih **1-800-464-4000** áko saad bee áká i'iilyeed yídííkií. Kwe'é áká aná'álwo' t'áá álahji' naadiindíí' ahéé'ílkidgóó dóo tsosts'id jí áá'át'é. Dahodíílingóne' éí dá'deelkaal.

**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** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪੁੱਛੋ। ਮਦਦ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ ਮੌਜੂਦ ਹੈ।

**Russian:** Это важная информация от Kaiser Permanente. Если Вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните по номеру **1-800-464-4000** и попросите предоставить Вам услуги переводчика. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, кроме праздничных дней.

**Spanish:** La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

**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** 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.

**Thai:** นี่เป็นข้อมูลสำคัญจาก Kaiser Permanente หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ กรุณาโทรไปยังหมายเลข **1-800-464-4000** เพื่อขอความช่วยเหลือด้านภาษา สามารถโทรติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ยกเว้นวันหยุดเทศกาล.

**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** 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.