

 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 o llame al 1-800-278-3296 (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 o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$150 por individuo / \$450 por familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <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 miembro de la familia deberá alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención y los <u>servicios preventivos</u> que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	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 máximo</u> de este <u>plan</u> ?	\$3,000 por individuo / \$6,000 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 www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para una lista de <u>proveedores</u> dentro de la red.	Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor</u> dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor</u> fuera de la red, 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</u> dentro de la red podría utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la red 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
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	\$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</u>	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
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	\$10 por sesión	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% de <u>coseguro</u> hasta \$50 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	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> . No se aplica al <u>desembolso máximo</u>
	Medicamentos de marcas preferidas	Al por menor: \$20 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$40 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> . No se aplica al <u>desembolso máximo</u>
	Medicamentos de marcas no preferidas	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas	No está cubierto	Lo mismo que para los medicamentos de marcas preferidas cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$20 por receta médica, 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> . No se aplica al <u>desembolso máximo</u>

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
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	10% de coseguro	10% de coseguro	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de coseguro	10% de coseguro	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 por visita	\$15 por visita	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Salud mental y conductual: \$15 por visita individual. 10% de <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios; toxicomanías: \$15 por visita individual. 10% de <u>coseguro</u> , hasta \$5 por día para otros servicios ambulatorios	No está cubierto	Salud mental y conductual: \$7 por visita grupal; toxicomanías: \$5 por visita grupal
	Servicios internos	10% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podrá 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
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	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	10% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	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: 10% de <u>coseguro</u> ; paciente ambulatorio: \$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta un máximo de 100 días por periodo de beneficios
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . No se aplica al <u>desembolso máximo</u>
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$15 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u>.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (referido por un <u>proveedor</u> del plan) • Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (límite de \$1000 por oído cada 36 meses) • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los ojos de rutina (adultos) • Tratamiento para la infertilidad

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

¿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)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$150	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$150	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$150
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$15	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$15	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$15
■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)	10%	■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)	10%	■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)	10%
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$10	■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$10	■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$10
Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al especialista (<i>atención prenatal</i>) Servicios de parto profesionales Servicios de instalaciones de partos profesionales Pruebas diagnósticas (<i>sonogramas y análisis de sangre</i>) Visita al especialista (<i>anestesia</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico primario (<i>incluye sesiones informativas sobre la enfermedad</i>) Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos por recetas Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Sala de emergencias (<i>incluye materiales médicos</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Prueba diagnóstica (<i>radiografía</i>) Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>)	
Costo total hipotético	\$12,800	Costo total hipotético	\$7,400	Costo total hipotético	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido		Costo compartido		Costo compartido	
Deducibles	\$150	Deducibles	\$150	Deducibles	\$150
Copagos	\$100	Copagos	\$900	Copagos	\$100
Coseguro	\$900	Coseguro	\$100	Coseguro	\$100
Qué no está cubierto		Qué no está cubierto		Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$50	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$1,210	El total que Joe pagaría es	\$1,200	El total que Mia pagaría es	\$350

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

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. Auxiliary aids and services for individuals with disabilities 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. You may request materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs at no cost to you. 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, Medi-Cal, MRMIP, Medi-Cal 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* or the facility directory on our website at **kp.org** for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* or the facility directory on our website at **kp.org** 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**

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 or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at 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. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. 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 la 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 o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- 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 o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- 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/espanol**

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 Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en 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 (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每天 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，以及殘障人士輔助器材和服務。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。您還可免費索取翻譯成您的語言的資料，以及符合您需求的大號字體或其他格式的版本。若需更多資訊，請致電 **1-800-757-7585**（TTY 專線使用者請撥 **711**）。

申訴指任何您或您的授權代表透過申訴程序來表達不滿的做法。例如，如果您認為自己受到歧視，即可提出申訴。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、高風險醫療保險計劃 (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP)、Medi-Cal Access、聯邦僱員健康保險計劃 (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) 或 CalPERS 會員，採取上述行動尤其重要，因為您可能有不同的爭議解決選項。

您可透過以下方式提出申訴：

- 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) 或我們網站 **kp.org** 上的服務設施名錄）
- 將書面申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》或我們網站 **kp.org** 上的服務設施名錄）
- 致電我們的會員服務聯絡中心，免費電話號碼是 **1-800-757-7585**（TTY 專線請撥 **711**）
- 在我們的網站上填寫申訴表，網址是 **kp.org**

如果您在提交申訴時需要協助，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。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提出民權投訴，網址是 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）。投訴表可從網站 hhs.gov/ocr/office/file/index.htm 下載。

El Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Trabajadores cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Language	Message about Language Assistance
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 707-864-2800.
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 707-864-2800。
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 707-864-2800.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 707-864-2800.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 707-864-2800. 번으로 전화해 주십시오.
Armenian	ՈՒՇՄԱՐՆՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 707-864-2800.
Persian (Farsi)	شما ایرانی را بصورت یزبان لاتیتسه، دیکن یم گفتگو یفارس زبان به اگر توجه ت دیریگ تماس با باشد یم فراهم 707-864-2800.
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 707-864-2800.
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。707-864-2800 まで、お電話にてご連絡ください。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 707-864-2800.
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 707-864-2800. 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Mon-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 707-864-2800 ។
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 707-864-2800.
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 707-864-2800. पर कॉल कर_।
Thai	ความสนใจ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย, บริการให้ความช่วยเหลือภาษาฟรีที่มีอยู่ โทร 707-864-2800.