

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este [plan](#) y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Periodo de cobertura: 1/1/2019-12/31/2019

 KAISER PERMANENTE: Multnomah County Employees – 2C19

Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de [plan](#): EPO

Todos los planes son ofrecidos y garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest



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 1-800-813-2000 (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 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-813-2000 (línea TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | Por qué es importante  |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | \$500 por individuo/\$1,500 por familia.   | En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el importe deducible antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia se encuentra con el deducible de la familia en general.                             |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?                       | Sí. Atención y los servicios preventivos indicados en la tabla comienza en la página 2.  | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el deducible. Pero un copago o coseguro pueden aplicar. Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos servicios preventivos sin gasto compartido y antes de alcanzar su deducible. Ver una lista de servicios preventivos cubiertos al <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                              | No.  | Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos del bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ? | \$2,000 por individuo/\$6,000 por familia  | El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso personal hasta que se cumpla el límite de desembolso familiar general.   |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?  | Las <a href="#">primas</a> , la atención médica que no cubre este <a href="#">plan</a> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .   |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?           | Sí. Vea <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-813-2000 (línea TTY: 711) para una lista de <a href="#">proveedores participantes</a> .    | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red del plan</a> . Usted pagará más si acude a un proveedor <a href="#">fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). 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. |
| <b>¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?</b> | <b>Sí</b> , pero puede autorreferirse a ciertos especialistas. | 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   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | Proveedor seleccionado (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) |  |
| <b>Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud</b> | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$20 / visita, deducible no se aplica.  | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Visita al <u>especialista</u>  | 20% coseguro  | No está cubierto                                   | Ninguno  |
|  | <u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>                                 | Sin cargo, deducible no se aplica   | No está cubierto                                   | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su personal médico si los servicios necesarios son preventivos. Vea en su <u>plan</u> para saber lo que su <u>plan</u> pagará. |
| <b>Si se realiza un examen</b>   | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)                        | Radiografía: \$10 / visita, deducible no se aplica.<br>Pruebas de laboratorio: \$10 / visita, deducible no se aplica. | No está cubierto                                   |  |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$10 / visita, deducible no se aplica.  | No está cubierto                                   | Algunos servicios pueden requerir autorización previa.   |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|--|--|---|
|  |  | Proveedor seleccionado (Usted pagará lo mínimo)  | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) |   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b><br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | Medicamentos genéricos   | Venta al por menor \$15; pedido por correo de \$30 / prescripción                              | No está cubierto                                   | Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.   |
|  | Medicamentos de marcas preferidas                              | Venta al por menor \$30; pedido por correo de \$60 / prescripción<br>el deducible no se aplica | No está cubierto                                   | Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.   |
|  | Medicamentos de marcas no preferidas                           | Acciones genéricas o preferidas de los costos de medicamentos.                                 | No está cubierto                                   | Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.   |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                    | Acciones genéricas, preferidas, no preferidas de la marca de costo de medicamentos.            | No está cubierto                                   | Se aplican los límites de medicamentos genéricos, de marca preferida, de marca no preferida y las autorizaciones. Sujeto a las pautas del formulario. |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>  | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% coseguro   | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                 | 20% coseguro   | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | 20% coseguro   |  | Ninguna   |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | 20% coseguro   |  | ninguna   |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | \$20 / visita, deducible no se aplica.   | No está cubierto                                   | Los proveedores no participantes cubiertos cuando temporalmente fuera del área de servicio.   |
| <b>Si le hospitalizan</b>  | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)        | 20% coseguro   | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                 | 20% coseguro   | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | Proveedor seleccionado (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) |   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>              | Servicios ambulatorios   | Salud mental y conductual: \$20 / visita, deducible no se aplica.<br>Toxicomanías: \$20 / visita, deducible no se aplica. | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|  | Servicios internos   | 20% coseguro  | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio   | Sin cargo, deducible no se aplica.  | No está cubierto                                   | Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido). |
|  | Servicios de parto profesionales                                       | 20% coseguro  | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |
|  | Servicios de instalaciones de partos profesionales                     | 20% coseguro  | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | 20% coseguro  | No está cubierto                                   | 130 días límite / año. Se requiere autorización previa.   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | Paciente ambulatorio: 20% coseguro<br>Paciente interno: 20% coseguro  | No está cubierto                                   | Paciente ambulatorio: 20 visita límite / año. Se requiere autorización previa.<br>Paciente interno: Se requiere autorización previa.  |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | Paciente ambulatorio: 20% coseguro<br>Paciente interno: 20% coseguro  | No está cubierto                                   | Paciente ambulatorio: 20 visita límite / año. Se requiere autorización previa.<br>Paciente interno: Se requiere autorización previa.  |
|  | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | 20% coseguro  | No está cubierto                                   | 100 días límite / año. Se requiere autorización previa.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 20% coseguro  | No está cubierto                                   | Sujeto a las pautas del formulario. Se requiere autorización previa.  |
|  | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | Sin cargo, deducible no se aplica.  | No está cubierto                                   | Se requiere autorización previa.  |
| <b>Si su niño necesita</b>   | Examen de la vista pediátrico  | \$20 / visita para el examen  | No está cubierto                                   | Ninguna   |

| Eventos médicos comunes               | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga                               |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|--|---|
|                                       |                                | Proveedor seleccionado (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) |   |
| servicios odontológicos o de la vista |                                | refractivo, deducible no se aplica.             |  |   |
|                                       | Anteojos para niños            | Sin cobertura                                   | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|                                       | Chequeo dental pediátrico      | No está cubierto                                | No está cubierto                                   | Ninguna   |

### 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 que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>Gafas para niños</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado dental (adulto y niño)</li> <li>Cirugía estética</li> <li>Cuidado de los pies de rutina</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 (límite de \$500 / año combinado para todos los servicios de cuidado alternativo)</li> <li>Cirugía bariátrica (medicamento necesario)</li> <li>Quiropráctica (límite de \$500 / año combinado para todos los servicios de cuidado alternativo)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuda auditiva (menores de 18 años - 1 aid / oído, cada 36 meses)</li> <li>Tratamiento de la infertilidad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado ocular de rutina (Adulto)</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   | 1-800-813-2000 (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 Oregon  | 1-888-877-4894 o <a href="http://www.dfr.oregon.gov">www.dfr.oregon.gov</a>                                |
| Departamento de Seguros de Washington  | 1-800- 562- 6900 o <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.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 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (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

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

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista coinsurance</a>                      | 20%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coinsurance</a>          | 20%   |
| ■ Otro (análisis de sangre) <a href="#">copayment</a>           | \$10  |

#### 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:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$500          |
| Copagos                            | \$80           |
| Coseguro                           | \$1,800        |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,440</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista coinsurance</a>                      | 20%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coinsurance</a>          | 20%   |
| ■ Otro (análisis de sangre) <a href="#">copayment</a>           | \$10  |

#### 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:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$336          |
| Copagos                            | \$1,300        |
| Coseguro                           | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,696</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista coinsurance</a>                      | 20%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coinsurance</a>          | 20%   |
| ■ Otro (radiografía) <a href="#">copayment</a>                  | \$10  |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |              |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles                         | \$500        |
| Copagos                            | \$20         |
| Coseguro                           | \$20         |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$820</b> |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.



Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide 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 the number provided below.

|            |                |
|------------|----------------|
| Oregon     | 1-800-813-2000 |
| Washington | 1-800-813-2000 |
| TTY        | 711            |

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St., Ste 100, Portland OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000. You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, the Kaiser Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Help in your Language

**English:** You have the right to get help in your language at no cost. If you have questions about your application or coverage through Kaiser Permanente, or if this is a notice that requires you to take action by a specific date, call the number provided for your state or region to talk to an interpreter.

**አማርኛ (Amharic):** ያለምንም ከፍተኛ በራስዎ ቋንቋ እገዛ የማግኘት መብት አለዎት። ስለ ማመልከቻዎ ወይም ከኬሰር ፕሮግራም አገልግሎት አለዎት፣ ወይም ይህ ማሳወቂያ በግልፅ በተጠቀሰ ቀን ማድረግ ያለብዎት ነገር እንዳለ የሚያስገድድዎ ከሆነ፣ በተጠቀሰው የስልክ ቁጥር ለስቴትዎ ወይም ለክልልዎ ደውሎው ከአስተርጓሚ ጋር ይነጋገሩ።

**العربية (Arabic):** لك الحق في الحصول على المساعدة بلغتك دون تحمل أي تكاليف. إذا كانت لديك استفسارات بشأن طلبك أو تخطيتك التي تقدمها Kaiser Permanente، أو إذا كان هذا الإصدار الذي يتطلب منك اتخاذ إجراء خلال تاريخ محدد، يُرجى الاتصال بالرقم المخصص لولايتك أو منطقتك للتحدث إلى مترجم فوري.

**Հայերեն (Armenian):** Դուք ունեք Ձեր լեզվով անվճար օգնություն ստանալու իրավունք: Եթե Դուք հարցեր ունեք Ձեր դիմումի կամ Kaiser Permanente-ի միջոցով Ձեր ծածկույթի վերաբերյալ, կամ եթե սա ծանուցում է, որը պարտադրյալ է Ձեզ, որպեսզի գործադրություններ ձեռնարկեք մինչև որոշակի ամսաթիվ, սպաս զանգահարեք ք Ձեր նահանգի կամ շրջանի համար տրամադրված հեռախոսահամարով՝ թարգմանչի հետ խոսելու համար:

**Bāsóò Wùdù (Bassa):** Ɔ mò ni kpé bé m̀ ké gbo-kpá-kpá dyé dé ni miòùn niin bídí-wùdù mú pídyi. Ɔ jū ké m̀ dyi dyi-diè-dè bē bédé bá ni cèè-dè m̀ tò bó dè zò jè dyie ní, m̀wò jū bá ni kùùn kpò jè dyi dyiin dé Kaiser Permanente múe ní, m̀wò Ɔ dyi b́́ d̀ò jū bé m̀ ké dè d̀ò nyu bó wé jéé d̀ò ḱ́ ni, níí, d̀á nòbà bé wa tòà bó ni bóqòò m̀wò ni gbèèò biie, ké ni mu nyo-wuquún-zà-nyò d̀ò gbo wùdùùn.

**বাংলা (Bengali):** ক্লা খরচ আপনার নিজের ভাষায় সাহায্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। আপনার যদি আপনার আবেদন বা Kaiser Permanente-এর সাহায্য পাওয়া কভারেজ নিয়ে কোনো প্রশ্ন থাকে বা এটি যদি কোনো লাগিস হয় যার ফলে আপনার একটি নির্ধারিত দিনের মধ্যে কোনো পক্ষপাত গ্রহণ করার প্রয়োজন হয়, তাহলে মোভাইলের সাথে কথা বলতে আপনার রাজ্য বা অঞ্চলের জন্য প্রদত্ত নম্বরটিতে ফোন করুন।

**Cebuano (Bisaya):** Anaa moy katungod nga mangayo og tabang sa inyo pinulongan ug kini walay bayad. Kung naa mo pangutana bahin sa inyo aplikasyon o coverage sa Kaiser Permanente, o kung kaning pahibalo nanginahanglan sa inyo paglihok sa dili pa usa ka piho nga petsa, palihug lang pagtawag sa mga numero sa telepono nga gihatag sa imong estado ("state") o rehiyon ("region") para makigstorya sa usa ka interpreter.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., in Northern and Southern California and Hawaii • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305, 404-364-7000 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., in Maryland, Virginia, and Washington, D.C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| California           | 1-800-464-4000 |
| Colorado             | 1-800-632-9700 |
| District of Columbia | 1-800-777-7902 |
| Georgia              | 1-888-865-5813 |
| Hawaii               | 1-800-966-5955 |
| Maryland             | 1-800-777-7902 |
| Oregon               | 1-800-813-2000 |
| Virginia             | 1-800-777-7902 |
| Washington           | 1-800-813-2000 |
| TTY                  | 711            |

**中文 (Chinese):** 您有權免費以您的語言獲得幫助。如果您對您的Kaiser Permanente申請或承保有任何疑問，或者如果本通知要求您在具體日期之前採取措施，請致電您所在的州或地區的電話，與口譯員進行溝通。

**Chuuk (Chukese):** Mei wor omw pwuung omw kopwe angei aninis non foosun fonuomw (Chuukese), ese kamo. Ika mei wor omw kapas eis usun omw apilikeison me/ika policy fan nemenien Kaiser Permanente, are ika ei esinesin a erenuk pwe kopwe fori pwan ekoch forof, ka tongeni omw kopwe kori ewe nampa mei kawor faniten omw state ika fonu (asan) iwe eman chon chiakku epwe anisuk non kapasen fonuomw.

**Français (French):** Une assistance gratuite dans votre langue est à votre disposition. Si vous avez des questions à propos de votre demande d'inscription ou de la couverture par Kaiser Permanente, ou si cet avis vous demande de prendre des mesures à une date précise, appelez le numéro indiqué pour votre Etat ou votre région pour parler à un interprète.

**Deutsch (German):** Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie Fragen bezüglich Ihres Antrags oder Ihres Krankenversicherungsschutzes durch Kaiser Permanente haben oder falls Sie aufgrund dieser Benachrichtigung bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, rufen Sie die für Ihren Bundesstaat oder Ihre Region aufgeführte Nummer an, um mit einem Dolmetscher zu sprechen.

**ગુજરાતી (Gujarati):** તમને કોઈ પણ ખર્ચ વગર તમારી ભાષામાં મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમને Kaiser Permanente મારફતે તમારી અરજી અથવા કવરેજ વિશે પ્રશ્નો હોય, અથવા જો આ નોટિસ હોય જેમાં તમને કોઈ ચોક્કસ તારીખથી પગલાં લેવાની જરૂર હોય, તો દુભાષિયા સાથે વાત કરવા તમારા સ્ટેટ અથવા રીજીયન માટે પૂરા પાડવામાં આવેલ નંબર પર ફોન કરો.

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole):** Ou gen dwa pou jwenn èd nan lang ou gratis. Si ou gen nenpòt kesyon sou aplikasyon ou an oswa asirans ou ak Kaiser Permanente, oswa si nan avi sa a gen bagay ou sipoze fè sa a avan yon sèten dat, rele nimewo nou mete pou Eta oswa rejyon ou a pou w ka pale ak yon entèprèt.

**‘ōlelo Hawai‘i (Hawaiian):** He pono a ua loa‘a no kekahi kōkua me kāu ‘ōlelo inā makemake a he manuahi no ho‘i. Inā he mau nīnau kāu e pili ana i kāu palapala noi ‘inikua ola kino a i ‘ole i kōkua ma‘ō ka polokalamu kōkua ola kino Kaiser Permanente, a i ‘ole inā ke ha‘i nei paha kēia leka nei iā‘oe e hana koke aku i kēia ma mua o kekahi lā i waiho ‘ia, e kelepona aku i ka helu i loa‘a ma kēia leka nei no kāu moku‘āina a i ‘ole pana‘āina no ka wala‘au ‘ana me kekahi kanaka unuhi ‘ōlelo.

**हिन्दी (Hindi):** आपको बिना किसी कीमत चुकाए आपकी भाषा में सहायता पाने का अधिकार है। यदि आप आपके आवेदन पत्र के विषय में या Kaiser Permanente के कवरेज के विषय में कुछ पूछना चाहते हैं या यदि यह एक नोटिस है जिसके कारण आपको किसी विशेष तिथि तक कारवाई करनी पड़ेगी तो आपके राज्य या क्षेत्र के लिए दिए गए नंबर पर फोन करके किसी दुभाषिये से बात करें।

**Hmoob (Hmong):** Koj muaj cai kom tau txais kev pab uas hais koj hom lus yam tsis tau them nqi. Yog koj muaj lus nug txog koj daim ntawv thov los yog cov kev pab them nyiaj tim Kaiser Permanente, los yog tias daim ntawv no yog ib tsab ntawv ceebtoom uas yuav kom koj ua ib yam dabtsi raws li hnub tau teev tseg, hu rau tus nab npawb xovtooj uas tau muab rau koj lub xeev lossis cheeb tsam kom tau tham nrog tus kws txhais lus.

**Igbo (Igbo):** ! nwere ikike inweta enyemaka n'asusu gi na akwughị ugwo o bula. O buru na i nwere ajuju gbasara akwukwo anamachoihe gi ma o bu mkpuchi si na Kaiser Permanente, ma o bu o buru na nke bu okwa a chorọ ka i mee ihe tupu otu ubochi, kpoo nomba enyere maka steeti ma o bu mpaghara gi iji kwukorita okwu n'etiti onye okowa okwu.

**Iloko (Ilocano):** Adda ti karbenganyo a dumawat iti tulong iti pagsasaoyo nga awan ti bayadanyo. No addaankayo kadagiti saludsod maipanggep ti aplikasionyo wenno coverage babaen ti Kaiser Permanente, wenno no daytoy ket maysa a pakdaar a kalikagumanna a rumbeng nga aramidenyo ti addang iti espesipiko a petsa, tawagan ti numero nga inpaay para ti estado wenno rehion tapno makipatang ti maysa mangipatarus iti pagsasao.

**Italiano (Italian):** Hai il diritto di ricevere assistenza nella tua lingua gratuitamente. In caso di domande riguardanti la tua richiesta o la copertura attraverso Kaiser Permanente, o se occorre intervenire entro una data specifica secondo quanto indicato in questa comunicazione, chiama il numero fornito per il tuo stato o la tua regione per parlare con un interprete.

**日本語 (Japanese):** あなたは、費用負担なしで使用の言語で支援を受ける権利を保持しています。お申し込みまたはKaiser Permanenteの担保範囲に関してご質問があるか、または本通知により、あなたが特定の日付までに行動を起こすよう依頼されている場合、お住まいの州または地域に対して提供された電話番号に電話して、通訳とお話ください。

**ខ្មែរ (Khmer):** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយជាភាសាបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ បើសិនអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីពាក្យស្នើសុំ ឬការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Kaiser Permanente ឬប្រសិនបើគឺជាលិខិតជូនដំណឹងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកចាត់វិធានការត្រឹមត្រូវកាលបរិច្ឆេទជាក់លាក់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខដែលបានផ្តល់ជូនសម្រាប់រដ្ឋឬតំបន់របស់អ្នកដើម្បីនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែ។

**한국어 (Korean):** 귀하에게는 한국어 통역서비스를 무료로 받으실 수 있는 권리가 있습니다. Kaiser Permanente를 통한 귀하의 보험 신청서나 보험 보장 범위에 관해 질문이 있을 경우 또는 이 통지서의 요구대로 어느 날짜까지 조치를 취해야만 하는 경우, 귀하의 주 및 지역의 제공된 전화번호로 연락해 통역사와 통화하십시오.

**ລາວ (Laotian):** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ. ຖ້າວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງທ່ານ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Kaiser Permanente, ຫຼື ຖ້າອັນນີ້ເປັນແຈ້ງການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານດໍາເນີນການພາຍໃນວັນທີ່ທີ່ເຈາະຈົງໃດໜຶ່ງ, ໃຫ້ໂທຕາມໝາຍເລກທີ່ໃຫ້ໄວ້ສໍາລັບລັດ ຫຼື ເຂດຂອງທ່ານເພື່ອຂໍລິມັດຖານພາສາ.

**Kajin Majōl (Marshallese):** Ewōr jimwe eo am in bōk jipañ ilo kajin eo am ejjeļok wōñāān. Ñe ewōr am kajitōk kōn peba in aplaiki eo am ak insurance eo am jān Kaiser Permanente, ak ñe enaan in kōjeļā in ej aikuj bwe kwōn maķūtkūt maķta jān juon raan eo emōj an kallikkar, kaļok nōm̄ba eo ej leļok ñan state eo am ak jikūm̄ bwe kwōn maroñ kōnono ippān juon ri-ukōt.

**Naabeehó (Navajo):** T'áá ni nizaad bee níká i'doolwoł doo bik' é asíníłáágóó éi bee náhaz'á. Kaiser Permanente áká aná'álwo' ná bik' é azláadoo yínikeedgo naaltsoos hadinílaa, éi bína' ídíłkid doogo, éi doodago díí naaltsoos haa' ída yoolkáalgo hait' áoda í' dííłíł nílńígo éi nitsaa hahoodzojí éi doodago t' áá aadi nahós' a' di ata' dahalne' ígíí bich' i' hólne' go bee bíł ahíł hodiłłnih.

**नेपाली (Nepali):** तपाईंसग कुनै शुल्क नदिइ आफ्नो भाषामा सहायता पाउने अधिकार छ । तपाईंसग आफ्नो आवेदन बारे वा Kaiser Permanente मार्फत कवरेज बारेमा कुनै प्रश्नहरू भए, वा यो नोटिस अनुसार तपाईंले कुनै निर्धारित मितिमा कुनै कार्यवाही गर्नु पर्ने आवश्यकता भएमा, दोभाषेसंग कुराकानी गर्ने तपाईंको राज्य वा क्षेत्रका लागि दिइएको नम्बरमा कल गर्नुहोस् ।

**Afaan Oromoo (Oromo):** Baasii malee afaan keetiin gargaarsa argachuudhaaf mirga qabda. Waa'ee iyyata keetii yookaan tajaajila Kaiser Permanente hammatu ilaalchisee gaaffii yoo qabaatte, yookaan yoo kun beeksisa guyyaa murtaa'e irratti tarkaanfii akka ati fudhattu gaafatu ta'e, lakkoofsa bilbilaa naannoo yookaan goodina keetiif kenname bilbiluudhaan turjumaana haasofsiisi.

**فارسی (Persian):** شما حق دارید که بدون هیچ هزینه ای به زبان خود کمک دریافت کنید. اگر درباره درخواست یا پوشش خود در Kaiser Permanente سوالی داشته یا بر اساس این اعلامیه باید تا تاریخ مشخصی اقدامی بعمل آورید، برای صحبت با یک مترجم شفاهی با شماره تلفن ارائه شده برای ایالت یا منطقه خود تماس بگیرید.

**lokaiahn Pohnpei (Pohnpeian):** Komw anehki pwung en rapahki sounkawehwe en omw palien lokaia ni sohte isaihs. Ma mie iren owmi kalelapak ohng aplikeisin de iren audepe kan ohng Kaiser Permanente, de ma pakair wet me anahne komwi en mwekid ohng rahn me kileledi, ah komw anahne koahl nempe me sansalehr ohng owmi palien wehi pwe komwi en lokaiaiang owmi tungoal soun kawehwe.

**Português (Portuguese):** Você tem o direito de obter ajuda em seu idioma sem nenhum custo. Se você tiver dúvidas sobre sua solicitação ou cobertura por meio da Kaiser Permanente, ou se este aviso exigir que você tome alguma medida até uma data específica, ligue para o número fornecido para seu estado ou região para falar com um intérprete.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੁਲਕ ਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪਾਉਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ Kaiser Permanente ਰਾਹੀਂ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਜਾਂ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ, ਤਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਰਾਜ ਜਾਂ ਇਲਾਕੇ ਲਈ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ.

**Română (Romanian):** Aveți dreptul de a solicita ajutor care să vă fie oferit în mod gratuit în limba dumneavoastră. Dacă aveți întrebări legate de solicitarea dumneavoastră sau de acoperirea oferită de Kaiser Permanente sau dacă acest aviz vă solicită să luați măsuri până la o anumită dată, sunați la numărul de telefon furnizat pentru statul sau regiunea dumneavoastră pentru a sta de vorbă cu un interpret.

**Русский (Russian):** У вас есть право получить бесплатную помощь на своем языке. Если у вас имеются вопросы относительно вашего заявления или медицинского страхования в Kaiser Permanente, либо если такое уведомление требует от вас каких-либо действий к определенной дате, позвоните по номеру телефона для своего штата или региона, чтобы поговорить с переводчиком.

**Faa-Samoa (Samoan):** E iai lou 'aia e maua se fesoasoani i lou gagana e aunoa ma le tologi. Afai e iai ni fesili e uiga i lou tusi apalai po o puipuiga e ala mai Kaiser Permanente, po o lenei tusi e manaomia ona e gaoioi i se taimi atofaina, vili le numera ua fuafuaina mo lou setete po o oganuu e fesooota'i i se faaliliu.

**Español (Spanish):** Usted tiene derecho a obtener ayuda en su idioma sin costo alguno. Si tiene preguntas acerca de su solicitud o cobertura a través de Kaiser Permanente, o si este es un aviso que requiere que usted tome alguna medida antes de una fecha determinada, llame al número de teléfono que se proporciona para su estado o región para hablar con un intérprete.

**Tagalog (Tagalog):** Mayroon kang karapatang humingi ng tulong sa iyong wika nang walang bayad. Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa iyong aplikasyon o coverage sa pamamagitan ng Kaiser Permanente, o kung ito ay abisong nangangailangan ng iyong aksyon sa tiyak na petsa, tumawag sa numerong ibinigay para sa iyong estado o rehiyon para makipag-usap sa isang interpreter.

**ไทย (Thai):** ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการสมัครของท่าน หรือความคุ้มครองผ่าน Kaiser Permanente หรือหากนี่คือหนังสือที่ต้องการให้ท่านดำเนินการภายในวันที่ที่กำหนดไว้ โปรดติดต่อหมายเลขที่ให้ไว้สำหรับรัฐหรือเขตพื้นที่ของท่านเพื่อคุยกับล่าม

**Lea Faka-Tonga (Tongan):** 'Oku 'ia ho totonu ke ke ma'u ha fakatonulea ta'etotongi. Kapau 'oku 'i ai ha'o fehu'i ki ho tohi kole na'e fakafonu ki he malu'i 'inisiua 'a e Kaiser Permanente, pea kapau ko e tohini 'oku fiema'u keke fai ha me'a ki ai pe ko ha 'aho na'e tuku pau atu ke fai ia, taa ki he fika kuo 'oatu ki ho siteiti pe ko e vahefonua 'oku ke 'i ai ke talanoa mo ha tokotaha tene fakatonu lea atu kiate koe.

**Українська (Ukrainian):** У Вас є право на отримання допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Якщо Ви маєте питання стосовно Вашого звернення чи страхового покриття в Kaiser Permanente, чи якщо відповідно до такого повідомлення Вам треба буде здійснити певну дію до конкретної дати, подзвоніть по номеру, що відповідає Вашій країні чи регіону, щоб поговорити з перекладачем.

**اردو (Urdu):** آپ کو کوئی بھی قیمت ادا کرنے کے بغیر اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ کے ذہن میں اپنی درخواست یا Kaiser Permanente کے ذریعہ کوریج کے متعلق کوئی بھی سوالات ہیں، یا اگر اس نوٹس کی وجہ سے آپ کو کسی مخصوص تاریخ تک عمل انجام دینے کی ضرورت ہوگی تو، کسی مترجم سے بات چیت کرنے کے لئے آپ کی ریاست یا علاقہ کے لئے فراہم کئے گئے نمبر پر کال کریں۔

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Quý vị có quyền được nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Nếu quý vị có các câu hỏi về mẫu đơn hoặc mức bảo hiểm của mình thông qua Kaiser Permanente, hoặc đây là thông báo yêu cầu quý vị thực hiện vào một ngày cụ thể, hãy gọi đến số điện thoại được cung cấp cho bang hoặc khu vực của quý vị để trò chuyện với phiên dịch viên.

**Yorùbá (Yoruba):** O ní ètò láti rí irànlọwọ gbà nípà èdè rẹ láisan owó. Bí o bá ní ibèèrè nípà iwé tí o kọ tàbí ìsedéédé nípàsẹ Kaiser Permanente, tàbí ifitọnilétí yíi jẹ èyí o nilò láti igbèsẹ kan ní ojọ kan patọ, pé nọmbà tí a pèsè fún ipínlẹ tàbí agbègbè rẹ láti bá òngbifọ kan sọrọ.