




福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向您展示您和計劃將如何共同承擔涵蓋的健康照護服務費用。注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將另外提供。這僅是一份摘要。如欲了解有關承保範圍的更多資訊，或要獲得承保範圍的完整條款副本，請造訪 www.kp.org/plandocuments 或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711)。如欲了解常見詞彙的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險、共付額、自付額、供應商、或其他劃線詞彙，請參見詞彙表。您可以在 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 查看詞彙表，或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711) 以索取副本。

| 重要問題 | 答案 | 為什麼這很重要： |
|--------------------------|--|---|
| 整體自付額為多少？ | \$0 | 請查看下面的常見醫療事件表格以了解您需要為此計劃涵蓋的服務所支付的費用。 |
| 在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？ | 不適用。 | 即便您還沒達到自付額，此計劃亦涵蓋一些項目和服務。但可能需支付共付額或共同保險。例如：在沒有分攤成本且您達到您的自付額前，此計劃亦涵蓋特定預防性服務。請至 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 查看涵蓋的預防性服務清單。 |
| 特定服務是否還有其他自付額？ | 否。 | 針對特定服務，您不需要達到自付額。 |
| 此計劃的最大自付額是多少？ | 個人 \$8,200 / 家庭 \$16,400 | 最大自付額為您可能在一年間為涵蓋服務支付的最大金額。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在達到家庭整體最大自付額之前，其他家庭成員必須達到其自己的最大自付額。 |
| 最大自付額不包含什麼？ | 保費、此計劃不涵蓋的健康照護服務以及從第 2 頁開始之表格所示的服務。 | 即便您已支付此類費用，相關費用亦不計入最大自付額。 |
| 如果使用網絡供應商，您支付的金額是否會更少？ | 是。請參見 www.kp.org 或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711) 以索取網絡供應商清單。 | 此計劃使用供應商網絡。如果您使用計劃網絡中的供應商，您將需要支付較少費用。如果您使用網絡外的供應商，您將需要支付較多費用。您亦可能收到來自供應商的帳單，其中為供應商收費及您的計劃支付的費用差額（差額收費）。請注意，您的網絡供應商可能使用網絡外供應商以提供一些服務（例如：實驗室工序）。請在獲取服務前與您的供應商確認。 |
| 您是否需要轉診至專科醫生？ | 是，但是您可以自己轉診去看某些專科醫生。 | 此計劃將支付至專科醫生處就診，涵蓋的服務所產生的部分或全部費用，但前提是您必須在至專科醫生處就診前已取得轉介。 |

 此表格顯示的所有共付額和共同保險費用僅適用於您已達到您的自付額的情況（如果自付額適用的話）。

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用 計劃供應商 (您將需要支付較少費用) | 您需要支付的費用 非計劃供應商 (您將需要支付較多費用) | 限制、例外和其他重要資訊 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| 如果您造訪健康 照護供應商的辦 公室或診所 | 初級保健就診以治 療受傷或疾病 | 每次就診 \$35 | 不承保 | 無 |
| | 至專科醫生處就診 | 每次就診 \$65 | 不承保 | 無 |
| | 預防性照護/篩查/ 疫苗接種 | 不收費 | 不承保 | 您可能需要為非預防性服務付費。 請向您的供應商洽詢您所需的服務是 否屬於預防性服務。然後查看您的 計劃將會支付哪些費用。 |
| 如果您進行檢測 | 診斷檢定 (X光、 血液檢測) | X光：每次 \$75；化驗： 每次 \$40 | 不承保 | 無 |
| | 造影 (CT/PET 掃描、MRI) | 每項診療程序 \$150 | 不承保 | 無 |
| 如果您需要藥物 治療疾病或情況 如欲了解更多有 關處方類藥物的 承保範圍， 請造訪 www.kp.org/formulary | 學名藥 (層級 1) | 零售每份處方 \$15， 郵購每份處方 \$30。 | 不承保 | 零售最多 30 天藥量，郵購最多 100 天 藥量。女性避孕藥不收費。需遵守處 方集準則。 |
| | 優先原廠藥 (層級 2) | 零售每份處方 \$55， 郵購每份處方 \$110。 | 不承保 | 零售最多 30 天藥量，郵購最多 100 天 藥量。女性避孕藥不收費。需遵守處 方集準則。 |
| | 非優先原廠藥 (層級 2) | 零售每份處方 \$55， 郵購每份處方 \$110。 | 不承保 | 若透過處方集例外處理程序獲得核准， 本計劃非優先原廠藥的成本分攤與優先 原廠藥 (層級 2) 的成本分攤一致。 |
| | 專科藥物 (層級 4) | 20% 共同保險，每份處方 最多 \$250。 | 不承保 | 零售最多 30 天藥量。需遵守處方集 準則。 |
| 如果您進行門診 手術 | 設施費 (例如： 非住院手術中心) | 每項診療程序 \$340 | 不承保 | 無 |
| | 醫師/外科醫生費用 | 不適用 | 不承保 | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內 |

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用 計劃供應商 (您將需要支付較少費用) | 您需要支付的費用 非計劃供應商 (您將需要支付較多費用) | 限制、例外和其他重要資訊 |
|-----------------------|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| 如果您需要立即就醫 | <u>急診室照護</u> | 每次就診 \$350 | 每次就診 \$350 | 若以住院患者的身分入院，則免共付額。 |
| | <u>緊急醫療交通</u> | 每趟 \$250 | 每趟 \$250 | 無 |
| | <u>緊急照護</u> | 每次就診 \$35 | 每次就診 \$35 | 若您暫時人在服務區外， <u>非計劃供應商</u> 也屬於承保範圍。 |
| 如果您需要住院 | 設施費（例如： 醫院病房） | 每天 \$600，最多 5 天 | 不承保 | 無 |
| | 醫師/外科醫生費用 | 不適用 | 不承保 | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內。 |
| 如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務 | 門診服務 | 每次個人就診 \$35； 其他門診服務每天 \$35 | 不承保 | 心理/行為健康：每次團體就診 \$17 藥物濫用：每次團體就診 \$5 |
| | 住院服務 | 每天 \$600，最多 5 天 | 不承保 | 無 |
| 如果您懷孕 | 辦公室就診 | 不收費 | 不承保 | 根據服務類型，共付額、共同保險或自付額可能適用。妊娠照護可能包括 SBC 其他地方所述的檢測和服務（即超音波）。 |
| | 分娩專業服務 | 不適用 | 不承保 | 專業服務包含於設施費內。 |
| | 分娩設施服務 | 每天 \$600，最多 5 天 | 不承保 | 無 |
| 如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求 | <u>居家照護</u> | 每次就診 \$30 | 不承保 | 每次探訪最多 2 小時，每天最多 3 次探訪，每年最多 100 次探訪。 |
| | <u>復健服務</u> | 住院：每天 \$600，最多 5 天；門診：每次就診 \$35 | 不承保 | 無 |
| | <u>適應服務</u> | 住院：每天 \$600，最多 5 天。門診：每次就診 \$35。 | 不承保 | 無 |
| | <u>專業護理</u> | 每天 \$300，最多 5 天 | 不承保 | 每個福利期最多 100 天 |
| | <u>耐用醫療器材</u> | 20% 共同保險 | 不承保 | 需要事先授權 |
| | <u>臨終關懷服務</u> | 不收費 | 不承保 | 無 |

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用 計劃供應商 (您將需要支付較少費用) | 您需要支付的費用 非計劃供應商 (您將需要支付較多費用) | 限制、例外和其他重要資訊 |
|-------------------------|----------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| 如果您的子女 需要牙科或眼科 照護 | 兒童眼科檢查 | 不收費 | 不承保 | 無 |
| | 兒童眼鏡 | 不收費 | 不承保 | 每年限一副眼鏡，鏡框和鏡片樣式有限。 |
| | 兒童牙科檢查 | 不收費 | 不承保 | 每年限兩次檢查。 |

不包含的服務和其他承保服務：

| 您的計劃一般不涵蓋的服務（查看您的保單或計劃文件以了解更多資訊以及任何其他不包含的服務列單。） | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 脊柱神經照護 ● 美容手術 ● 牙科照護（成人） ● 助聽器 | <ul style="list-style-type: none"> ● 不孕症治療 ● 長期照護 ● 在美國境外旅行時的非急診照護 ● 私人護理 | <ul style="list-style-type: none"> ● 例行眼科照護（成人） ● 例行足部保健 ● 減重計劃 |

| 其他包含的服務（此類服務可能存有限制。這不是完整的列單。請查看您的計劃文件。） | | |
|---|---------------|--------|
| ● 墮胎 | ● 針灸（計劃供應商轉診） | ● 減肥手術 |

您的續保權利：如果您想在保險結束後繼續獲得承保，有一些機構可以提供協助。此類機構的聯繫資訊如下表所示。其他承保選項亦可能適用於您，其中包括透過健康保險商購買個人保險。如欲了解更多有關商城的資訊，請造訪 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596。

您的申訴和上訴權利：如果您對您的計劃拒絕您的索償提出投訴，一些機構可以為您提供協助。此類投訴被稱為申訴或上訴。如欲了解有關您權利的更多資訊，請查看您就該醫療索償可取得的福利說明。您的計劃文件亦將提供有關如何出於任何理由就您計劃提交索償、上訴或申訴的完整資訊。如欲了解有關您的權利、此通知或幫助的更多資訊，請聯繫下表所列的機構。此外，消費者協助計劃可協助您提出上訴。請與加州保健計劃管理局和保險部聯絡，聯絡資訊為 980 9th St, Suite #500 Sacramento, CA 95814，1-888-466-2219 或 <http://www.HealthHelp.ca.gov>。

如欲了解您的續保權利以及申訴和上訴權利，聯絡資訊如下：

| | |
|-------------------------|--|
| Kaiser Permanente 會員服務部 | 1-800-278-3296 (TTY: 711) 或 www.kp.org/memberservices |
| 加州保險局 | 1-800-927-HELP (4357) 或 www.insurance.ca.gov |
| 加州保健計劃管理局 | 1-888-466-2219 或 www.healthhelp.ca.gov/ |

此計劃是否提供最低程度承保？是。

最低程度承保一般包括可透過商城或其他獨立市場保單取得的計劃、健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE、和其他特定保險。如果您符合特定類別最低程度承保的資格，您可能不符合保費稅額抵免優惠資格。

此計劃是否符合最低值標準？不適用。

如果您的計劃不符合最低值標準，您可能符合保費稅額抵免優惠資格，可透過商城幫助您支付計劃費用。

語言服務：

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)

如欲查看此計劃涵蓋範例醫療情況費用的示例，請查看下一節。

關於此類承保示例：



這不是費用預估。顯示的治療僅為此計劃涵蓋醫療照護的示例。您的確切費用取決於您獲取的確切照護、您的供應商收取的費用和其他很多因素，可能有所不同。專注於計劃下成本分攤金額（自付額、共付額和共同保險）和不包含的服務。利用此資訊來比較您在不同健康計劃中可能需要支付的費用部分。請注意，此類承保範圍示例僅基於自我承保範圍。

| Peg 懷孕了 (9 個月的網絡內產前檢查和醫院分娩) | | 管理 Joe 的 2 型糖尿病 (一年的病情可控例行網絡內護理) | | Mia 的簡單骨折 (網絡內急診室就診和後續護理) | |
|--|----------|---|---------|---|---------|
| ■ <u>計劃的整體自付額</u> | \$0 | ■ <u>計劃的整體自付額</u> | \$0 | ■ <u>計劃的整體自付額</u> | \$0 |
| ■ <u>專科醫生共付額</u> | \$65 | ■ <u>專科醫生共付額</u> | \$65 | ■ <u>專科醫生共付額</u> | \$65 |
| ■ <u>醫院 (設施) 共付額</u> | \$600 | ■ <u>醫院 (設施) 共付額</u> | \$600 | ■ <u>醫院 (設施) 共付額</u> | \$600 |
| ■ <u>其他 (血液檢測) 共付額</u> | \$40 | ■ <u>其他 (血液檢測) 共付額</u> | \$40 | ■ <u>其他 (X 光) 共付額</u> | \$75 |
| <p>此事件示例包含下列服務： <u>專科醫生辦公室就診 (產前照護)</u> <u>分娩專業服務</u> <u>分娩設施服務</u> <u>診斷檢定 (超音波和血液檢測)</u> <u>專科醫生看診 (麻醉)</u></p> | | <p>此事件示例包含下列服務： <u>初級保健醫師辦公室就診 (包括疾病教育)</u> <u>診斷檢定 (血液檢測)</u> <u>處方藥</u> <u>耐用醫療器材 (血糖測量儀)</u></p> | | <p>此事件示例包含下列服務： <u>急診室照護 (包括醫療用品)</u> <u>診斷檢定 (X 光)</u> <u>耐用醫療器材 (拐杖)</u> <u>復健服務 (物理治療)</u></p> | |
| 總示例費用 | \$12,700 | 總示例費用 | \$5,600 | 總示例費用 | \$2,800 |
| 在此示例，Peg 將支付： | | 在此示例，Joe 將支付： | | 在此示例，Mia 將支付： | |
| <i>成本分攤</i> | | <i>成本分攤</i> | | <i>成本分攤</i> | |
| <u>自付額</u> | \$0 | <u>自付額</u> | \$0 | <u>自付額</u> | \$0 |
| <u>共付額</u> | \$1100 | <u>共付額</u> | \$1400 | <u>共付額</u> | \$1000 |
| <u>共同保險</u> | \$0 | <u>共同保險</u> | \$100 | <u>共同保險</u> | \$10 |
| <i>不承保的項目</i> | | <i>不承保的項目</i> | | <i>不承保的項目</i> | |
| 限制或例外 | \$50 | 限制或例外 | \$0 | 限制或例外 | \$0 |
| Peg 將支付的總金額為 | \$1150 | Joe 將支付的總金額為 | \$1500 | Mia 將支付的總金額為 | \$1010 |

計劃將負責支付此類示例中所涵蓋服務所產生的其他費用。

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 Service Contact Center 24 hours a day, 7 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 at no cost to you. You 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 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.

You may submit a grievance in the following ways:

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

Northern California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

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 Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). 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 7 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 sin costo para usted. 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** (TTY **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.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a servicio a los miembros al **1-800-788-0616** (TTY **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** Llámenos al **1-800-788-0616** (TTY **711**) y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** Llene un formulario de Queja Formal o Reclamo/Solicitud de Beneficios en una oficina de servicio a los miembros ubicada en un Centro de Atención del Plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [haga clic en "Español"] para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en línea 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:

Northern California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

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 Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). 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 7 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服務，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。您可免費索取翻譯成您的語言的資料。您還可免費索取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**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。

您可透過以下方式提出申訴：

- **透過電話**：請致電 **1-800-757-7585**（TTY **711**）與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）。
- **透過郵件**：請致電 **1-800-757-7585**（TTY **711**）與我們聯絡並請我們將表格寄給您。
- **親自遞交**：在計劃設施的會員服務辦事處填寫投訴或福利理索賠／申請表（請參閱 kp.org/facilities 上的保健業者名錄以查看地址）
- **線上**：使用我們網站上的線上表格，網址為 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 (Civil Rights Coordinator)。您也可與 Kaiser Permanente 的民權事務協調員直接聯絡，地址：

Northern California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

您還可以電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站(Office for Civil Rights Complaint Portal) 向美國衛生與民眾服務部(U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦公室(Office for Civil Rights) 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 Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)。投訴表可從網站 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, ກະລຸນາໂທ **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 yídííkiil. 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.

