



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary.com> o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Servicios médicos: \$7,000 por individuo/\$14,000 por familia Servicios dentales para niños: \$350 por un niño/\$700 por varios niños	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su plan paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .



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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o la clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 por visita	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$35 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</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>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$40 por sesión Pruebas de laboratorio: \$30 por sesión	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$250 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$15 por <u>receta médica</u> (al por menor), \$30 por <u>receta médica</u> (orden por correo)	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor y un suministro de 100 días en orden por correo. Los anticonceptivos femeninos no tienen costo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$40 por <u>receta médica</u> (al por menor), \$80 por <u>receta médica</u> (orden por correo)	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor y un suministro de 100 días en orden por correo. Los anticonceptivos femeninos no tienen costo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 2)	\$40 por <u>receta médica</u> (al por menor), \$80 por <u>receta médica</u> (orden por correo)	No está cubierto	El <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca no preferidos de este plan se alinea con el <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca preferidos (nivel 2) cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones de la <u>lista de medicamentos</u> .
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4)	20% de <u>coseguro</u> hasta \$250 por <u>receta médica</u>	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$320 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	No se aplica	No está cubierto	La tarifa del médico/cirujano está incluida en la tarifa del centro.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$250 por visita	\$250 por visita	No se aplica el <u>copago</u> si ingresó al hospital como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$250 por viaje	\$250 por viaje	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$30 por visita	\$30 por visita	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$600 por día hasta 5 días	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	No se aplica	No está cubierto	La tarifa del médico/cirujano está incluida en la tarifa del centro.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Salud mental y conductual: \$30 por visita individual; los demás servicios para pacientes ambulatorios no tienen costo Abuso de sustancias: \$30 por visita individual; \$5 por día para otros servicios para pacientes ambulatorios	No está cubierto	Salud mental y conductual: \$15 por visita grupal; abuso de sustancias: \$5 por visita grupal
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$600 por día hasta 5 días	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin costo	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	No se aplica	No está cubierto	Los servicios profesionales están incluidos en la tarifa del centro.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$600 por día hasta 5 días	No está cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Hasta 2 horas por visita, hasta 3 visitas al día, hasta 100 visitas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente hospitalizado: \$600 por día hasta 5 días; paciente ambulatorio: \$30 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente hospitalizado: \$600 por día hasta 5 días; paciente ambulatorio: \$30 por visita	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$300 por día hasta 5 días	No está cubierto	Hasta un límite de 100 días por periodo de beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de coseguro	No está cubierto	Hasta un límite de beneficios suplementarios de \$2,000 por año para ciertos productos. Se requiere autorización previa.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin costo	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año, de armazones y lentes seleccionados
	Control dental para niños	Sin costo	No está cubierto	Limitado a dos controles por año.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su Plan, por lo general, **NO** cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención dental (adultos)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Audífonos
- Cirugía estética
- Cuidado de los pies de rutina
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Programas para perder peso
- Tratamiento para la infertilidad

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

- Aborto
- Acupuntura (se limita a 20 visitas por año combinadas con atención quiropráctica)
- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año combinadas con acupuntura)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

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

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

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

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

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

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

### Servicio de acceso a idiomas:

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

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

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

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

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

**Peg va a tener un bebé**  
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$35
- Copago del hospital (establecimiento) \$600
- Otro copago (análisis de sangre) \$30

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

**Costo total del ejemplo \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$950</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$35
- Copago del hospital (establecimiento) \$600
- Otro copago (análisis de sangre) \$30

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

**Costo total del ejemplo \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1100
<u>Coseguro</u>	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1200</b>

**Fractura simple de Mía**  
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
- Copago para el especialista \$35
- Copago del hospital (establecimiento) \$600
- Otro copago (radiografía) \$40

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$10
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$710</b>

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

This page is intentionally left blank.

# 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: Չանգահարեք 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 yídííkií. Kwe'é áká aná'álwo' t'áá álahji' naadiindíí' ahéé'ílkidgóó dóo tsosts'id jí áá'át'é. Dahodíílingóné' 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.