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

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante   |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?   | \$2,500 por individuo / \$5,000 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>máximo en gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ? | \$5,000 por individuo / \$10,000 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>máximo directo 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 usted pague estos costos, no cuentan para el <u>desembolso máximo</u> .  |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> médica?   | Sí. Vea <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?                | Sí, pero puede autorreferirse a ciertos <u>especialistas</u> .  | Este <u>plan</u> paga algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .   |

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

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará lo mínimo)  | Lo que usted paga<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</b>  | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$30 por visita  | No está cubierto  | Ninguna  |
|  | Visita al <u>especialista</u>  | \$30 por visita  | No está cubierto  | Ninguna  |
|  | <u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</u>                               | Sin cargo, el <u>deducible</u> no se aplica  | No está cubierto  | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará   |
| <b>Si se realiza un examen</b>   | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)                        | \$10 por sesión  | No está cubierto  | Ninguna  |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 20% de <u>coseguro</u> hasta \$50 por procedimiento  | No está cubierto  | Ninguna  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección.</b><br><br>Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | Medicamentos genéricos   | \$10 por <u>receta médica</u> (al por menor); \$20 por <u>receta médica</u> (orden por correo), 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  | \$30 por <u>receta médica</u> (al por menor); \$60 por <u>receta médica</u> (orden por correo), 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>   | 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  |

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará lo mínimo)   | Lo que usted paga<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|---|---|--|
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                         | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coseguro</u>  | No está cubierto  | Ninguna  |
|   | Honorarios del médico/cirujano                                 | No se aplica  | No está cubierto  | Los honorarios del médico/cirujano están incluidos en el cargo de instalaciones  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                            | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                      | 20% de <u>coseguro</u>  | 20% de <u>coseguro</u>  | No se aplica el <u>coseguro</u> si ingresó al hospital como paciente interno   |
|   | <u>Transporte médico de emergencia</u>                         | \$150 por viaje   | \$150 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 le hospitalizan</b>   | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)        | 20% de <u>coseguro</u>  | No está cubierto  | Ninguna  |
|   | Honorarios del médico/cirujano                                 | No se aplica  | No está cubierto  | Los honorarios del médico/cirujano están incluidos en el cargo de instalaciones  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b> | Servicios ambulatorios   | Salud mental y conductual: \$30 por visita individual. 20% de <u>coseguro</u> por día para otros servicios ambulatorios. Toxicomanías: \$30 por visita individual, 20% de <u>coseguro</u> , hasta \$5 por día para otros servicios ambulatorios | No está cubierto  | Salud mental y conductual: \$15 por visita grupal; toxicomanías: \$5 por visita grupal                                   |
|   | Servicios internos   | 20% de <u>coseguro</u>  | No está cubierto  | Ninguna  |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podrá necesitar                                 | Lo que usted paga<br>Proveedor del plan<br>(Usted pagará lo mínimo)             | Lo que usted paga<br>Proveedor fuera del plan<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|---|---|
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio  | Sin cargo, el <u>deducible</u> no se aplica                                     | 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 las pruebas y los servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, sonograma) |
|  | Servicios de parto profesionales                              | No se aplica  | No está cubierto  | Los servicios profesionales están incluidos en el cargo de instalaciones  |
|  | Servicios de instalaciones de partos profesionales            | 20% de <u>coseguro</u>  | No está cubierto  | Ninguna   |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u>                        | Sin cargo, el <u>deducible</u> no se aplica                                     | No está cubierto  | Hasta 2 horas por visita, hasta 3 visitas por día, hasta 100 visitas por año  |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>                            | Paciente ambulatorio: \$30 por visita; paciente interno: 20% de <u>coseguro</u> | No está cubierto  | Ninguna   |
|  | <u>Servicios de habilitación</u>                              | Paciente ambulatorio: \$30 por visita; paciente interno: 20% de <u>coseguro</u> | No está cubierto  | Ninguna   |
|  | <u>Cuidado de enfermería especializada</u>                    | 20% de <u>coseguro</u>  | No está cubierto  | Límite de 100 días por periodo de beneficios  |
|  | <u>Equipo médico duradero</u>                                 | 30% 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 cargo, el <u>deducible</u> no se aplica                                     | No está cubierto  | Ninguna   |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico                                 | El examen refractivo no tiene cargo, 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 plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Anteojos para niños
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Atención quiropráctica
- 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 (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Acupuntura (referido por un proveedor del plan)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

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

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

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

|  |  |
|--|--|
| Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente   | 1-800-278-3296 (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.ccio.cms.gov">www.ccio.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, seguro médico disponible a través del mercado u otras pólizas individuales del Mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para recibir un crédito tributario de prima.

### ¿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, kwijjigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

—————*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



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

### Peg está embarazada

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

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro copago (análisis de sangre) \$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*)

**Costo total hipotético \$12,700**

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> |        |
|-------------------------|--------|
| Deducibles              | \$2500 |
| Copagos                 | \$10   |
| Coseguro                | \$1500 |

#### *Qué no está cubierto*

Límites o exclusiones \$50

**El total que Peg pagaría es \$4060**

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro copago (análisis de sangre) \$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*)

**Costo total hipotético \$5,600**

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> |       |
|-------------------------|-------|
| Deducibles              | \$900 |
| Copagos                 | \$600 |
| Coseguro                | \$200 |

#### *Qué no está cubierto*

Límites o exclusiones \$0

**El total que Joe pagaría es \$1700**

### Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$2,500
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro copago (radiografía) \$10

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

**Costo total hipotético \$2,800**

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> |        |
|-------------------------|--------|
| Deducibles              | \$2500 |
| Copagos                 | \$40   |
| Coseguro                | \$10   |

#### *Qué no está cubierto*

Límites o exclusiones \$0

**El total que Mia pagaría es \$2550**

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en 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՝ քաղցի 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 yídííki. 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.