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

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$1,500 por individuo / \$3,000 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> ?	\$3,500 por individuo / \$7,000 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 www.kp.org 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> pagará algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	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 <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	\$10 por sesión	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$50 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta en www.kp.org/formulary</u>	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 Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 por procedimiento	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
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$100 por visita	\$100 por visita	No se aplica el <u>copago</u> si ingresó al hospital como paciente interno
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$75 por viaje	\$75 por viaje	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$30 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500 por día	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
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Salud mental y conductual: \$30 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. Los demás servicios ambulatorios no tienen cargo. Toxicomanías: \$30 por visita individual, el <u>deducible</u> no se aplica. \$5 por día para otros servicios ambulatorios, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Salud mental y conductual: \$15 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica. Toxicomanías: \$5 por visita grupal, el <u>deducible</u> no se aplica
	Servicios internos	\$500 por día	No está cubierto	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podrá necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted pagará lo mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin 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	\$500 por día	No está cubierto	Ninguna
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin 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: \$500 por día	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$30 por visita; paciente interno: \$500 por día	No está cubierto	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	\$50 por día	No está cubierto	Límite de 60 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
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	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.
- 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 (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)

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

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

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

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

¿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, kwiiijigo 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 \$1,500
- Copago para el especialista \$30
- Copago del hospital (instalaciones) \$500
- 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	\$1500
Copagos	\$500
Coseguro	\$0

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Peg pagaría es	\$2050

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 \$1,500
- Copago para el especialista \$30
- Copago del hospital (instalaciones) \$500
- 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	\$90
Copagos	\$900
Coseguro	\$200

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1190

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

- El deducible general del plan \$1,500
- Copago para el especialista \$30
- Copago del hospital (instalaciones) \$500
- 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	\$1500
Copagos	\$200
Coseguro	\$10

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1710

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

This page is intentionally left blank.

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
 - ◆ Qualified sign language interpreters
 - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- 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 our Member Service Contact Center at **1 800-464-4000** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays). If you cannot hear or speak well, please call **711**.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You may also speak with a Member Services representative about the options that apply to you. Please call Member Services if you need help filing a grievance.

You may submit a discrimination 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

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinators directly at the addresses below:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at 916-440-7370 (TTY 711)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
 - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente 遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente 不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente 提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話 1-800-464-4000 (TTY 711) 給會員服務聯絡中心，每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話 711。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向 Kaiser Permanente 投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向 Kaiser Permanente 提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 或《保險證明》(Certificate of Insurance) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話：** 打電話 1 800-464-4000 (TTY 711) 聯絡會員服務部，每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）
- **郵寄：** 打電話 1 800-464-4000 (TTY 711) 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出：** 在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上：** 使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與 Kaiser Permanente 民權事務協調員聯絡，地址如下：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限 *Medi-Cal* 受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話 916-440-7370 (TTY 711) 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

您可在網站上 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話 1-800-368-1019 (TTY 711 或 1-800-537-7697)
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表

- **郵寄：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ◆ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ◆ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với Kaiser Permanente nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage) hay Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance) của quý vị để biết thêm chi tiết. Quý vị cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để đệ trình phàn nàn.

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị
- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại kp.org/facilities để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California (*Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal*)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370** (TTY **711**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019** (TTY **711** hay **1-800-537-7697**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Mẫu đơn than phiền hiện có tại
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Trực tuyến:** Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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 TTY 711** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays. We can also help you with auxiliary aids and alternative formats.

Arabic: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات مهمة من Kaiser Permanente. وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء أيام العطلات الرسمية.
الرقم **1-800-464-4000 (TTY: 711)** وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء يمكننا أيضاً تزويدك بمساعدات إضافية وتنسيقات بديلة.

Armenian: Սա կարևոր տեղեկություն է «Kaiser Permanente»-ից: Եթե այս տեղեկությունը հասկանալու համար Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և օժանդակություն ստանալ լեզվի հարցում: Զանգահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ բացի տոն օրերից: Մենք նաև կարող ենք օգնել Ձեզ օժանդակ օգնության և այլընտրանքային ձևաչափերի հարցում:

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 (TTY 專線 711)** 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）。我們還可以幫助您獲取輔助設備和其它格式。

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 (TTY 711)** تماس گرفته و برای امداد زبانی درخواست کنید. کمک و راهنمایی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل موجود است. ما همچنین می توانیم برای شما کمکهای جانبی و به صورتهای دیگر را فراهم کنیم.

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 (TTY 711)** पर फोन करें और भाषा सहायता के लिए पूछें। सहायता छुट्टियों को छोड़कर, सप्ताह के सातों दिन, दिन के 24 घंटे, उपलब्ध है। हम सहायक साधनों और वैकल्पिक प्रारूपों को प्राप्त करने में भी आपकी मदद कर सकते हैं।

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 (TTY 711)** thiab thov kev pab txhais lus. Muaj kev pab 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg, tsis xam cov hnuv caiv. Peb kuj muab tau lwm yam kev pab rau koj thiab ua lwm yam ntaub ntawv.

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 (TTY 回線 711)** 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。補助器具・サービスや別のフォーマットについてもご相談いただけます。

Khmer: នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ មកពី Kaiser Permanente។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឲ្យបានយល់ដឹងព័ត៌មាននេះ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)** និងស្នើសុំជំនួយខាងភាសា។ ជំនួយគ្រប់ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបណ្តាជន។ យើងក៏អាចជួយអ្នកជាមួយនិងឧបករណ៍ជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនិងជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗ។

Korean: 본 정보는 Kaiser Permanente 에서 전하는 중요한 메시지입니다. 본 정보를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **1-800-464-4000 (TTY 711)** 번으로 전화해 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 요일 및 시간에 관계없이 언제든지 도움을 제공해 드립니다(공휴일 제외). 또한 보조기구 및 대체 형식의 자료를 지원해 드릴 수 있습니다.

Laotian: ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນສໍາຄັນຈາກ Kaiser Permanente. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະຮຸນາໂທຣ **1-800-464-4000 (TTY 711)** ແລະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອມີໃຫ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ບໍ່ລວມວັນພັກຕ່າງໆ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນດ້ານອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໄດ້.

Mien: Naaiv se benx jienx sic dauh waac-fienx yiem naaiv Kaiser Permanente bun daaih. Beiv taux meih qiexx longc mienh tengx doqc naaiv deix waac-fienx liouh porv bun bieqc hnyouv nor, daaix luic douc waac daaih lorx **1-800-464-4000 (TTY 711)** aengx caux tov heuc tengx nzie faan waac bun muangx. Mbenc nzoih liouh tengx yiem yietc hnoi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi, simv cuotv hnoi-gec oc. Yie mbuo corc haih mbenc wuotc ginc jaa-dorngx tengx nzie goux aengx caux liouh bun ginv longc sou-guv daan puix horpc meih.

Navajo: Díí éí hane' bíhólníihii át'éego Kaiser Permanente yee nihalne'. Díí hane'ígíí doo hazhó'ó bik'i'diitjįhgóó t'áá shóódí koji' hodíílnih **1-800-464-4000 (TTY 711)** áko saad bee áká i'iilyeed yídíikił. Kwe'é áká aná'álwo' t'áá áłahjí' naadiindjį' ahéé'ílkidgóó dóó tsosts'id jí ąą'át'é. Dahodíłzingóne' éí dá'deelkaal. Áádóó hane' bee bik'i' di'diitjįhgíí dóó t'áá łahgo át'éego hane' nich'į ádoolníł.

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 (TTY 711)** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪੁੱਛੋ। ਮਦਦ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਟਾਚਸਕ੍ਰੀਨਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

Russian: Это важная информация от Kaiser Permanente. Если Вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните по номеру **1-800-464-4000 (линия TTY 711)** и попросите предоставить Вам услуги переводчика. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, кроме праздничных дней. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами.

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616 (TTY 711)** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos. También podemos ayudarle con recursos para discapacidades y formatos alternativos.

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 (TTY 711)** 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. Matutulungan din namin kayo sa mga pantulong na gamit o serbisyo at mga alternatibong format.

Thai: นี่เป็นข้อมูลสำคัญจาก Kaiser Permanente หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ โปรด โทร **1-800-464-4000 (โทรมาด TTY 711)** และขอความช่วยเหลือด้านภาษา เราพร้อมให้ความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ ยกเว้นวันหยุดราชการ เรายังสามารถจัดหาอุปกรณ์และวัสดุช่วยเหลือในรูปแบบอื่นได้อีกด้วย

Ukranian: У цьому повідомленні міститься важлива інформація від Kaiser Permanente. Якщо надана інформація не зрозуміла й вам потрібна допомога, зателефонуйте за номером **1-800-464-4000 (TTY 711)** і попросіть надати вам послугу перекладача. Наші співробітники надають допомогу цілодобово, 7 днів на тиждень, за винятком святкових днів. Також ми можемо допомогти вам, надавши допоміжні засоби й матеріали в альтернативних форматах.

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 (TTY 711)** 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. Chúng tôi cũng có thể giúp quý vị với các phương tiện trợ giúp bổ trợ và hình thức thay thế.