**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？** | 僅自身投保$2,000。家庭入保中的任一成員$3,500。整個家庭$4,000 | 一般而言，在此計劃開始支付前，您需要向供應商支付自付額以下的所有費用。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在達到所有家庭成員支付的自付額總額符合整個家庭自付額之前，每位家庭成員必須達到其自己的自付額。 |
| **在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？** | 是。預防性照護以及從第2頁開始之表格所示的服務 | 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：在沒有成本分攤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？** | 僅自身投保$5,000。家庭入保中的任一成員$5,000。家庭$10,000。兒童牙科，一名兒童$350/多名兒童$700 | 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？** | 保費和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，您需支付的費用將比較少。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。 |

| 重要問題 | 答案 | 為什麼這很重要： |
|---|---|---|
| **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）。

| 常見醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用<br>計劃供應商（您將需要支付較少費用） | 您需要支付的費用<br>非計劃供應商（您將需要支付最多的費用） | 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 | 15%共同保險 | 不承保 | 無 |
| | 至專科醫生處就診 | 15%共同保險 | 不承保 | 無 |
| | 預防性照護/篩查/疫苗接種 | 不收費，自付額不適用 | 不承保 | 您可能需要支付非預防性服務。請向您的供應商洽詢您所需的服務是否屬於預防性服務。之後，請檢視您的計劃需支付的金額。 |
| **如果您進行檢測** | 診斷檢定（X光、血液檢測） | 15%共同保險 | 不承保 | 無 |
| | 造影（電腦斷層 [CT]/正子斷層造影 [PET] 掃描、核磁共振 [MRI]） | 15%共同保險 | 不承保 | 無 |
| **如果您需要藥物治療疾病或情況**<br>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） | 每份處方$15（零售），每份處方$30（郵購） | 不承保 | 零售最多30天藥量；郵購最多100天藥量。避孕藥不收費，自付額不適用。需遵守處方集準則。 |
| | 優先原廠藥（層級2） | 每份處方$45（零售），每份處方$90（郵購） | 不承保 | 零售最多30天藥量；郵購最多100天藥量。需遵守處方集準則。 |
| | 非優先原廠藥（層級 2） | 每份處方$45（零售），每份處方$90（郵購） | 不承保 | 透過處方集例外程序核准時，本計劃下的非優先原廠藥之成本分攤與優先原廠藥（層級2）的成本分攤匹配。 |
| | 專科藥物（層級 4） | 15%共同保險每份處方最高達到$250 | 不承保 | 最多30天藥量（零售）。需遵守處方集準則。 |

| 常見<br>醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用<br>計劃供應商<br>（您將需要支付較少費用） | 您需要支付的費用<br>非計劃供應商<br>（您將需要支付最多的費用） | 限制、例外和其他重要資訊 |
|---|---|---|---|---|
| **如果您進行門診手術** | 設施費（例如：非住院手術中心） | 15%共同保險 | 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。 |
| **如果您需要立即就醫** | 急診室照護 | 15%共同保險 | 15%共同保險 | 住院患者可豁免共同保險。 |
| | 緊急醫療交通 | 15%共同保險 | 15%共同保險 | 無 |
| | 緊急照護 | 15%共同保險 | 不承保 | 若您暫時人在服務區外，非計劃供應商也屬於承保範圍：15%共同保險 |
| **如果您需要住院** | 設施費（例如：醫院病房） | 15%共同保險 | 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 | 每次個人或團體就診15%共同保險。 其他門診服務的共同保險為15%。 | 不承保 | 無 |
| | 住院服務 | 15%共同保險 | 不承保 | 無 |
| **如果您懷孕** | 辦公室就診 | 不收費，自付額不適用 | 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之內。 |
| | 分娩設施服務 | 15%共同保險 | 不承保 | 無 |

| 常見<br>醫療事件 | 您可能需要的服務 | 您需要支付的費用<br>計劃供應商<br>（您將需要支付較少費用） | 您需要支付的費用<br>非計劃供應商<br>（您將需要支付最多的費用） | 限制、例外和其他重要資訊 |
|---|---|---|---|---|
| 如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求 | 居家照護 | 15%共同保險 | 不承保 | 每次就診最多2小時，每日就診最多3次，每年就診最多100次。 |
| | 復健服務 | 住院：15%共同保險；<br>門診：15%共同保險 | 不承保 | 無 |
| | 適應服務 | 住院：15%共同保險；<br>門診：15%共同保險 | 不承保 | 無 |
| | 專業護理 | 15%共同保險 | 不承保 | 每福利有效期最多100天。 |
| | 耐用醫療器材 | 15%共同保險 | 不承保 | 某些項目每年的補充福利限額最多$2,000。需要事先授權。 |
| | 臨終關懷服務 | 不收費 | 不承保 | 無 |
| 如果您的子女需要牙科或眼科照護 | 兒童眼科檢查 | 不收費，自付額不適用 | 不承保 | 無 |
| | 兒童眼鏡 | 不收費，自付額不適用 | 不承保 | 每年最多提供一副限定框架和鏡片的眼鏡 |
| | 兒童牙科檢查 | 不收費，自付額不適用 | 不承保 | 每年最多兩次檢查 |

## 不包含的服務和其他承保服務：

**您的計劃一般不承保的服務（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。）**

- 脊柱神經照護
- 美容手術
- 牙科護理（成人）
- 助聽器
- 長期照護
- 在美國境外旅行時的非急診照護
- 私人護理
- 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（計劃內供應商轉診）
- 減肥手術
- 不孕症治療
- 例行眼科照護（成人）

**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城購買個人保險。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。

**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 |
| 勞工部員工福利安全管理局 | 1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| 美國健康與民眾服務部消費者資訊與保險監管中心 | 1-877-267-2323 分機 61565 或 www.cciio.cms.gov |
| 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.dmhc.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？是**

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)

Traditional Chinese (中文):如果需要中文的幫助,請撥打這個號碼 1-800-757-7585 (TTY:711)

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

Pennsylvania Dutch (Deitsch):Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-278-3296 (TTY:711) uff

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

Samoan (Gagana Samoa):Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-278-3296 (TTY:711)

Chamorro (Chamoru):Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 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）

- 計劃的整體自付額 **$3,500**
- 專科醫生共同保險 **15%**
- 醫院（設施）共同保險 **15%**
- 其他（血液檢測）共同保險 **15%**

**此事件示例包含下列服務：**
專科醫生辦公室就診（*產前照護*）
分娩專業服務
分娩設施服務
診斷檢定（*超音波和血液檢測*）
專科醫生看診（*麻醉*）

| **總示例費用** | **$12,700** |
|---|---|
| **在此示例，Peg 將支付：** | |
| *成本分攤* | |
| 自付額 | $3,500 |
| 共付額 | $10 |
| 共同保險 | $900 |
| *不承保的項目* | |
| 限制或例外 | $50 |
| **Peg 將支付的總金額為** | **$4,460** |

### 管理 Joe 的第 2 型糖尿病
（一年的病情可控例行網絡內護理）

- 計劃的整體自付額 **$2,000**
- 專科醫生共同保險 **15%**
- 醫院（設施）共同保險 **15%**
- 其他（血液檢測）共同保險 **15%**

**此事件示例包含下列服務：**
初級保健醫師辦公室就診（*包括疾病教育*）
診斷檢定（*血液檢測*）
處方藥
耐用醫療器材（*血糖測量儀*）

| **總示例費用** | **$5,600** |
|---|---|
| **在此示例，Joe 將支付：** | |
| *成本分攤* | |
| 自付額 | $1,500 |
| 共付額 | $500 |
| 共同保險 | $80 |
| *不承保的項目* | |
| 限制或例外 | $0 |
| **Joe 將支付的總金額為** | **$2,080** |

### Mia 的簡單骨折
（網絡內急診室就診和後續護理）

- 計劃的整體自付額 **$2,000**
- 專科醫生共同保險 **15%**
- 醫院（設施）共同保險 **15%**
- 其他（X光）共同保險 **15%**

**此事件示例包含下列服務：**
急診室照護（*包括醫療用品*）
診斷檢定（*X光*）
耐用醫療器材（*拐杖*）
復健服務（*物理治療*）

| **總示例費用** | **$2,800** |
|---|---|
| **在此示例，Mia 將支付：** | |
| *成本分攤* | |
| 自付額 | $2,000 |
| 共付額 | $0 |
| 共同保險 | $100 |
| *不承保的項目* | |
| 限制或例外 | $0 |
| **Mia 將支付的總金額為** | **$2,100** |

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。

This page is intentionally left blank.

## Nondiscrimination Notice

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at **kp.org**.

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

We do not 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 in a timely manner:

- 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 Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.

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

**How to file a grievance with Kaiser Permanente**

You can file a discrimination grievance with us if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **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 Coordinator 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 for Civil Rights** *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office for 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:

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

  **California Department of Health Care Services Office for Civil Rights 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 for 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

  **U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**

- **Online:** Visit the **Office for Civil Rights Complaint Portal at: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

## Notice of Language Assistance

**English: ATTENTION.** Timely language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week

**Arabic: انتباه** المساعدة اللغوية متوفرة في الوقت المناسب بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضًا طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضا (Member Services) لدينا للحصول على المساعدة. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815** (TTY **711**)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613** (TTY **711**)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000** (TTY **711**)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

**Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ:** Ժամանակին տրամադրվող լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք առկա են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը (Member Services) փակ է հիմնական տոն օրերին:

KAISER PERMANENTE®

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

**Chinese：请注意。**我们免费为您提供及时语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式，如盲文版、音频版或大字版。您还可以要求在我们的设施使用语言辅助工具和设备。请致电会员服务部(Member Services)以获取帮助。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括 D-SNP：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00
- 加州医疗保健辅助计划：**1-855-839-7613** (TTY **711**)，每周 7 天，每天 24 小时
- 所有其他计划：**1-800-757-7585** (TTY **711**)，每周 7 天，每天 24 小时

**Farsi: توجه.** امکان بهره‌مندی به‌موقع و مقتضی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با بخش خدمات اعضای ما (Member Services) تماس بگیرید. بخش خدمات اعضا در تعطیلات رسمی تعطیل می‌باشد.

- Medicare، شامل D-SNP: با شماره **1-800-443-0815** (TTY **711**) از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره **1-855-839-7613** (TTY **711**)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره **1-800-464-4000** (TTY **711**)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

**Hindi: ध्यान दें।** समय पर भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंगुवेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा (Member Services) विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: **1-800-443-0815** (TTY **711**), सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: **1-800-464-4000** (TTY **711**), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

**Hmong: CEEB TOOM.** Sij hawm muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suab lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej

khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab rau ntawm peb Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab. Lub Chaw Pab Cuam (Member Services) Tswv Cuab raug kaw rau cov hnub so tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnub hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij

**Japanese：注意**。タイムリーな言語サポートを無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門 (Member Services) にお電話ください。加入者向けサービスは、主要な休日には営業しておりません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815** (TTY **711**)、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000** (TTY **711**)、24 時間、年中無休

**Khmer (Cambodian): យកចិត្តទុកដាក់។** ជំនួយភាសាទាន់ពេលវេលាអាចរកបានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។
អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្ទាប សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម
និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។
សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ (Member Services)។

- Medicare រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀតទាំងអស់៖ **1-800-464-4000** (TTY **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

**Korean: 참고.** 무료로 시기적절한 언어 지원을 제공합니다. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 (Member Services) 부서에 전화하여 도움을 요청하십시오. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함): 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815** (TTY **711**)번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 주 7 일, 하루 24 시간
- 기타 모두: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 주 7 일, 하루 24 시간

**Laotian: ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່.** ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຢ່າງທັນເວລາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ລວມທັງລ່າມແປພາສາມື. ທ່ານສາມາດຂໍເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ສຽງ ຫຼື ຕົວພິມໃຫຍ່. ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນເສີມໄດ້ທີ່ສະຖານທີ່ຍາບານຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກການບໍລິການສະມາຊິກ (Member Services) ຂອງພວກເຮົາສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ. ການບໍລິການສະມາຊິກຈະປິດໃນວັນພັກສຳຄັນ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ທັງໝົດອື່ນໆ: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

**Mien: MBUOX JANGX-FIM WAAC.** Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx hingh mv zuqc hoic meih ndortv nyaanh cingv oc. Meih corc haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx. Meih aengx haih tov taux ninh mbuo dorh nyungc horngh jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hluo, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn ziux goux baengc mienh nyei dorngx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Goux baengc mienh nyei dorngx duqv guon mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc (Member Services).

- Medicare, caux D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), yiem 8 dimv lungh ndorm taux 8 dimv lungh muonx, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Yietc zungv da'nyeic diuc jauv-louc: **1-800-464-4000** (TTY **711**), yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi

**Navajo: YÁ'ÁDÍÍŁTĮĮH.** T'áá Bíní'dée'go Bizaad Bee Na'anish Bééhózin, Doo BéeNOLso Bee Na'al'a' Da. Tł'éé'góó tł'ízí'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaaígíí, t'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí. T'á'ii éí tł'éé'góó tł'ízí'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'éé' bik'eh dah na'ałkaígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí bikáa' dah na'ałkaígíí t'áá ałtso bik'eh dah deidiyós. Bi'éé' naalkáah sidá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí éí bik'eh dah naazhjaa'ígíí bik'eh dah na'ałkaígíí (Member Services).

- Medicare, 'ałdó' bii' hóló D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jį t'ááłá'í damóo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 tł'ohch'oolí t'ááłá'í jį, 7 jį t'ááłá'í damóo
- T'áá ał'ąą: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 tł'ohch'oolí t'ááłá'í jį, 7 jį t'ááłá'í damóo

**Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ।** ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗੁਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ,

ਆਡੀਓ, ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ (Member Services) ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਬਜਸ ਬਵੱ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815** (TTY **711**), ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY **711**), ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

**Russian: ВНИМАНИЕ!** Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников (Member Services) не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815** (линия TTY **711**), ежедневно с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно.

**Spanish: ATENCIÓN.** Se ofrece ayuda oportuna en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services) para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Tagalog: ATENSYON.** Ang napapanahong tulong sa wika ay makukuha nang walang bayad para sa iyo. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro (Member Services) para sa tulong. Ang Mga Serbisyo sa Miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

**Thai: ส่งถึง** มีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาอย่างทันท่วงทีให้ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสารเป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเรา (Member Services) เพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**) 8.00 น. ถึง 20.00 น.หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**) ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000** (TTY **711**) ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

**Ukrainian: УВАГА!** Своєчасні послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів (Member Services). Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), із 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000** (TTY **711**), цілодобово, без вихідних.

**Vietnamese: LƯU Ý.** Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ kịp thời, miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên (Member Services) của chúng tôi để được trợ giúp. Ban Dịch Vụ Hội Viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.