



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 1-855-249-5018 (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 <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	\$1,700 por individuo/\$3,400 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <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 uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> que pagan todos los miembros alcance el <u>deducible</u> total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	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</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos 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> ?	\$8,300 por individuo/\$16,600 por familia.	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> ?	<u>Copagos</u> en ciertos servicios, <u>primas</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	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</u> del plan. 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 proveedor y lo que su <u>plan</u> 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 para atenderse con un 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)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	\$40 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	<u>Proveedor fuera del plan</u> : Todos los servicios proporcionados están sujetos a un máximo combinado de 10 visitas por miembro por año, no aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	\$70 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	<u>Proveedor fuera del plan</u> : Todos los servicios proporcionados están sujetos a un máximo combinado de 10 visitas por miembro por año, no aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	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. <u>Proveedor fuera del plan</u> : Todos los servicios proporcionados están sujetos a un máximo combinado de 10 visitas por miembro por año, no aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</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)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$65 por visita Laboratorio: \$15 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	Radiografías: \$85 por visita Laboratorio: \$35 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	<u>Proveedor fuera del plan</u> : Todos los servicios proporcionados están sujetos a un máximo combinado de 10 visitas por miembro por año, no aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$250 por examen, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Ninguna
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.  Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	La mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1)	Al por menor: \$10 (farmacia del <u>plan</u> ); \$50 (farmacia <u>participante</u> ); el <u>deducible</u> no se aplica; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica	\$30 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica	Hasta un suministro de 30 días (farmacias del <u>plan/participantes</u> ) o un suministro de 90 días (orden por correo). Los medicamentos <u>preventivos</u> de la <u>lista de medicamentos</u> en todos los niveles son sin costo; el <u>deducible</u> no aplica. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . <u>Proveedor fuera del plan</u> : Todas las <u>recetas médicas</u> están sujetas a un máximo combinado de 5 surtidos/resurtidos por miembro por año, no aplica al límite de gastos de bolsillo.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: \$50 (farmacia del <u>plan</u> ); \$90 (farmacia <u>participante</u> ); orden por correo: \$100 por <u>receta médica</u>	\$70 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica	Hasta un suministro de 30 días (farmacias del <u>plan/participantes</u> ) o un suministro de 90 días (orden por correo). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . <u>Proveedor fuera del plan</u> : Todas las <u>recetas médicas</u> están sujetas a un máximo combinado de 5 surtidos/resurtidos por miembro por año, no aplica al límite de gastos de bolsillo.

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)	
	Medicamentos no preferidos (nivel 3)	Al por menor: \$100 (farmacia del <u>plan</u> ); \$140 (farmacia <u>participante</u> ); orden por correo: \$200 por <u>receta médica</u>	\$120 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica	Hasta un suministro de 30 días (farmacias del <u>plan/participantes</u> ) o un suministro de 90 días (orden por correo). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . <u>Proveedor fuera del plan</u> : Todas las <u>recetas médicas</u> están sujetas a un máximo combinado de 5 surtidos/resurtidos por miembro por año, no aplica al límite de gastos de bolsillo.
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4)	\$150 por <u>receta médica</u>	\$150 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no aplica	Hasta un suministro de 30 días. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . <u>Proveedor fuera del plan</u> : Todas las <u>recetas médicas</u> están sujetas a un máximo combinado de 5 surtidos/resurtidos por miembro por año, no aplica al límite de gastos de bolsillo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$300 por visita	\$300 por visita	<u>Proveedor fuera del plan</u> : Cubierto dentro del <u>plan</u> . Sin <u>copago</u> si lo internan.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	<u>Proveedor fuera del plan</u> : Cubierto dentro del <u>plan</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	Algunos servicios de <u>atención de urgencia</u> pueden estar incluidos en el beneficio de la cobertura Plus.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	35% de <u>coseguro</u>	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)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Proveedor del plan</u> : \$20 por visita individual; \$10 por visita grupal; el <u>deducible</u> no aplica	\$40 por visita individual; \$20 por visita grupal; el <u>deducible</u> no aplica	<u>Proveedor fuera del plan</u> : Todos los servicios proporcionados están sujetos a un máximo combinado de 10 visitas por miembro por año, no aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el <u>deducible</u> no 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 los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente hospitalizado: 35% de <u>coseguro</u> Paciente ambulatorio: \$30 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	Paciente hospitalizado: No está cubierto Paciente ambulatorio: \$50 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	Paciente hospitalizado: Ninguna. Paciente ambulatorio: Límite de 30 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla por condición por año. <u>Proveedor fuera del plan</u> : Todos los servicios proporcionados están sujetos a un máximo combinado de 10 visitas por miembro por año, no aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	<u>Proveedor fuera del plan</u> : Todos los servicios proporcionados están sujetos a un máximo combinado de 10 visitas por miembro por año, no aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Hasta 100 días por año.

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)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	35% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin costo, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	1 par de anteojos por año O primera compra de lentes de contacto por año O 2 pares de lentes de contacto por ojo por año que sean <u>médicamente necesarios</u> (grupo seleccionado de marcos y lentes).
	Control dental para niños	\$5 por visita, el <u>deducible</u> no aplica	No está cubierto	Limitado para los miembros hasta el final del mes en el que cumplen 19 años.

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

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

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

- Cuidados para el aborto
- Cuidados quiroprácticos con límite (máximo de 20 visitas por condición, por año calendario)
- Tratamiento de infertilidad (incluye fertilización in vitro)
- Acupuntura con límite (cubierto cuando sea médicamente necesario)
- Audífonos con límite (máximo de un audífono por oído con deficiencia de audición cada 36 meses)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)
- Cirugía bariátrica

**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 más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con las agencias que aparecen en la siguiente tabla. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la oficina de Maryland de la Unidad de Educación para la Salud y Defensoría del Procurador General, en 200 St. Paul Place, 16th Floor Baltimore, MD 21202, 1-877-261-8807, correo electrónico [heau@oag.state.md.us](mailto:heau@oag.state.md.us) o a <http://www.oag.state.md.us/Consumer.HEAU.htm>.

**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	1-855-249-5018 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Maryland Insurance Administration	1-877-261-8807 o <a href="http://www.insurance.maryland.gov">www.insurance.maryland.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? No se aplica.**

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 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-249-5018 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingj tilifon ye 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-855-249-5018 (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)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)		Fractura simple de Mía (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,700	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,700	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,700
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$50	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$50	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	35%	■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	35%	■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	35%
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$15	■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$15	■ Otro <u>copago</u> (radiografía)	\$65
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> ( <i>atención prenatal</i> ) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto <u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>ecografías y análisis de sangre</i> ) Consulta con un <u>especialista</u> ( <i>anestesia</i> )		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> ( <i>incluye la educación sobre enfermedades</i> ) <u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>análisis de sangre</i> ) <u>Medicamentos con receta médica</u> <u>Equipo médico duradero</u> ( <i>glucómetro</i> )		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> ( <i>incluye suministros médicos</i> ) <u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>radiografías</i> ) <u>Equipo médico duradero</u> ( <i>muletas</i> ) <u>Servicios de rehabilitación</u> ( <i>fisioterapia</i> )	
<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>	<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>	<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,700	<u>Deducibles</u>	\$300	<u>Deducibles</u>	\$1,700
<u>Copagos</u>	\$10	<u>Copagos</u>	\$700	<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$2,400	<u>Coseguro</u>	\$200	<u>Coseguro</u>	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,170</b>	<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,200</b>	<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,200</b>

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

# NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide 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 **1-800-777-7902** (TTY: 711)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: 711)።

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: 711)።

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902** (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY : 711).

**ፊጳሶጅ ህጋዊ (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédɛ gbo:** ɔ jũ ké m̄ Bāsóò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ̀in m̄ gbo kpáa. Ǽá **1-800-777-7902** (TTY: 711)

**বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন:** যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: 711)।

**中文 (Chinese) 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-777-7902** (TTY : 711) 。

**Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíłnih **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati) સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Igbo (Igbo) NRỤBAMA:** Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gj. Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Italiano (Italian) ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**日本語 (Japanese) 注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-777-7902** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ไทย (Thai) เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**اُردو (Urdu) خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (TTY: 711)۔

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Yorùbá (Yoruba) AKIYESI:** Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: 711).

This page is intentionally left blank.