



KAISER PERMANENTE : KP WA Silver 3000/45 KP Plus

Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de plan: EPO

Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest



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 o llame al 1-800-813-2000 (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 1-800-813-2000 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total? | \$3,000 por individuo/\$6,000 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 el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general 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 costos compartidos antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | \$8,700 por individuo/\$17,400 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> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). | Pagará el mínimo si usa un <u>proveedor</u> al nivel de <u>proveedor dentro de la red</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor</u> al nivel de <u>proveedor fuera de la red</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> . | Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> . |



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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará fuera de la red (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | \$75 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Radiografías: \$35 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Pruebas de laboratorio: \$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | Radiografías: \$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Pruebas de laboratorio: \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Algunos servicios requieren autorización previa. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará fuera de la red (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|---|
| | | | | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.kp.org/waformulary | Medicamentos genéricos | Al por menor: \$30 por receta médica; orden por correo: \$60 por receta médica | Al por menor: \$50 por receta médica, el <u>deducible</u> no se aplica. | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Fuera de la <u>red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Al por menor: \$60 por receta médica; orden por correo: \$120 por receta médica | Al por menor: \$80 por receta médica, el <u>deducible</u> no se aplica. | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Fuera de la <u>red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Al por menor y en orden por correo: 50% de <u>coseguro</u> | Al por menor: 50% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. Deben autorizarse a través del proceso para medicamentos no preferidos. Fuera de la <u>red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año. |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | Al por menor: 50% de <u>coseguro</u> | Al por menor: 50% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica. | Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones. Fuera de la <u>red</u> : Se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 40% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 40% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | Los proveedores fuera de la <u>red</u> están cubiertos solo cuando usted se encuentra fuera del área de servicio. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará fuera de la red (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|---|
| | | | | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. | Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | 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). Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales | <u>Atención médica en el hogar</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 130 consultas por año. Se requiere autorización previa. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: 40% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio: \$75 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: no está cubierto | Paciente ambulatorio: Límite de 25 consultas por año. Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$55 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: 40% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio: \$75 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: no está cubierto | Paciente ambulatorio: Límite de 25 consultas por año. Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 60 días por año. Se requiere autorización previa. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Se requiere autorización previa. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará fuera de la red (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--------------------------------|---|---|--|
| | | | | |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | \$65 por consulta para un examen de refracción, el <u>deducible</u> no se aplica. | Limitado a 1 examen por año. Fuera de la <u>red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Limitado a un par de armazones y lentes, o lentes de contacto por año calendario. |
| | Control dental para niños | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

| Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>). | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía bariátrica ● Cirugía estética ● Atención dental (adultos) ● Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento para la infertilidad ● Cuidados a largo plazo ● Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. ● Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de los ojos de rutina (adultos) ● Cuidado de los pies de rutina ● Programas para perder peso |

| Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <u>plan</u>). |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura (se limita a 12 visitas por año) ● Atención quiropráctica (se limita a 10 visitas por año) |

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 o llame al 1-800-318-2596.

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

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

| | |
|--|--|
| Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente | 1-800-813-2000 (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 Washington | 1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov |

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

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

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé

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

- El deducible general del plan \$3,000
- Copago para el especialista \$55
- Coseguro del hospital (establecimiento) 40%
- Otro copago (análisis de sangre) \$35

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$3,000 |
| <u>Copagos</u> | \$200 |
| <u>Coseguro</u> | \$2,200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,460 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$3,000
- Copago para el especialista \$55
- Coseguro del hospital (establecimiento) 40%
- Otro copago (análisis de sangre) \$35

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$70 |
| <u>Copagos</u> | \$1,500 |
| <u>Coseguro</u> | \$100 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,670 |

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$3,000
- Copago para el especialista \$55
- Coseguro del hospital (establecimiento) 40%
- Otro copago (radiografía) \$35

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$1,900 |
| <u>Copagos</u> | \$500 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,400 |

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. 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 Member Services at **1-800-813-2000** (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, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

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 2020, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-813-2000 (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በገጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-813-2000 (TTY: 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم (711 : TTY) 1-800-813-2000

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 1-800-813-2000 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (711 : TTY) 1-800-813-2000 تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-813-2000 (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。1-800-813-2000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយោជន៍: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-813-2000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໄປອຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການ ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໄດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໄທ້ທ່ານ. ໂທສ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-813-2000 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCION: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-813-2000 (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 1-800-813-2000 (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-813-2000 (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 1-800-813-2000 (TTY: 711).