



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?	\$1,000 por individuo/\$2,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, 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 plan 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 plan 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 https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿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 plan?	\$8,900 por individuo/\$17,800 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 plan, 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 de saldo</u> , la atención médica que no cubre este plan 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 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 plan 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 plan 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	\$5 por visita las primeras 3 visitas, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	\$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Las primeras 3 visitas pueden ser cualquier combinación de atención primaria, servicios de salud mental y conductual, abuso de sustancias y otras visitas que reúnan los requisitos. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	\$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	<u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 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 <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 de la 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: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Pruebas de laboratorio: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Radiografías: \$60 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Pruebas de laboratorio: \$40 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	<u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de visitas o servicios por año.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$300 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	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/formulary	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$15 por receta médica; orden por correo: \$30 por receta médica, el <u>deducible</u> no se aplica.	Al por menor: \$35 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> . <u>Proveedor fuera de la red</u> : se limita a un máximo combinado de 5 abastecimientos de recetas médicas por año.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$50 por receta médica; orden por correo: \$100 por receta médica, el <u>deducible</u> no se aplica.	Al por menor: \$70 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> . <u>Proveedor fuera de la 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> , el <u>deducible</u> no se aplica.	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. <u>Proveedor fuera de la 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> , el <u>deducible</u> no se aplica.	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. <u>Proveedor fuera de la 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)	25% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	25% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	\$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Los <u>proveedores fuera de la 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)	25% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	25% 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	\$5 por visita las primeras 3 visitas, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$25 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	\$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Las primeras 3 visitas pueden ser cualquier combinación de atención primaria, servicios de salud mental y conductual, abuso de sustancias y otras visitas que reúnan los requisitos. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	Servicios para pacientes hospitalizados	25% 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). <u>Proveedor fuera de la 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	25% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	25% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

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 servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	25% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 130 consultas por año. Se requiere autorización previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: 25% de <u>coseguro</u>	Paciente ambulatorio: \$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica. Paciente hospitalizado: no está cubierto	Paciente ambulatorio: límite de 30 consultas por año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: se requiere autorización previa. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$45 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	\$65 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	Límite de 30 consultas por año. Se requiere autorización previa. <u>Proveedor fuera de la red</u> : Se limita a ciertos beneficios, hasta un máximo combinado de 10 visitas o servicios por año.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	25% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 60 días por año. Se requiere autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	25% 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.
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.	\$45 por consulta para un examen de refracción, el <u>deducible</u> no se aplica.	Limitado a 1 examen por año. <u>Proveedor fuera de la 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 seleccionados, o un suministro de seis meses de 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>).		
• Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Tratamiento para la infertilidad	• Cuidados a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Enfermería privada	• 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 [plan](#)).

- Acupuntura (se limita a 12 visitas por año)
- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)
- Audífonos (límite de 1 audífono por oído cada 36 meses)

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
División de Regulación Financiera de Oregón	1-888-877-4894 o www.dfr.oregon.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).

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff.

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

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 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 \$1,000
- Copago para el especialista \$45
- Coseguro del hospital (establecimiento) 25%
- Otro copago (análisis de sangre) \$20

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:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,900
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,160

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 \$1,000
- Copago para el especialista \$45
- Coseguro del hospital (establecimiento) 25%
- Otro copago (análisis de sangre) \$20

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:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,120

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

- El deducible general del plan \$1,000
- Copago para el especialista \$45
- Coseguro del hospital (establecimiento) 25%
- Otro copago (radiografía) \$40

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:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$400
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,600

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

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, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, braille, and accessible electronic formats
- Provides 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., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
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 20201
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/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

Help in Your Language

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

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電**1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** (تلفن متنی: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-800-813-2000**までお電話ください (TTY: **711**)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요 (TTY: **711**).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).