Here's Your Summary of Benefits and Coverage!

Your Summary of Benefits and Coverage (SBC) summarizes your benefits for common medical care. The SBC is required under federal law to let you more easily compare benefits between plans. The SBC is not a detailed description of your benefits or how they work. If there is a conflict between this SBC and your Plan's documents, the Plan's documents govern.

- Your SBC shows the benefits available to you even if you choose not to enroll. (You may or may not be allowed to waive coverage.)
- The SBC primarily reflects your medical benefits. You may have additional vision or dental benefits not shown in the SBC. You may also have life, accidental death and dismemberment, or short-term disability benefits.
- The SBC includes a section called *Coverage Examples.* This section shows the estimated average cost and benefits paid for common medical procedures.
  - The costs reflect national averages, but may not reflect actual plan payments.
  - The coverage examples are based on certain assumptions. It is important to note these are examples only. You shouldn't use these examples to estimate your actual costs under the Plan.

Need More Information?

If you have questions about your SBC, your benefits under the Plan, or what enrollment options you may have, please contact UNITE HERE HEALTH at the phone number shown on your SBC.

¡Aquí tiene su Resumen de beneficios y cobertura!

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le presenta una síntesis de sus beneficios para atención médica común. La ley federal estipula que su SBC le debe permitir hacer una fácil comparación de beneficios entre planes. El SBC no contiene una descripción detallada de sus beneficios ni cómo estos funcionan. De haber algún conflicto entre este SBC y los documentos de su Plan, los que rigen son los documentos del Plan.

- El SBC le muestra los beneficios disponibles para usted, aún cuando usted decida no inscribirse. (Puede ser que se le permita o no se le permita renunciar a la cobertura).
- El SBC refleja principalmente sus beneficios médicos. Puede ser que tenga beneficios adicionales para la visión o dentales que no aparecen en su SBC. Además, es posible que tenga beneficios de seguro de vida, muerte accidental o desmembramiento, o beneficios de discapacidad a corto plazo.
- El SBC incluye una sección que se llama *Ejemplos de cobertura.* Esta sección le muestra una estimación del costo promedio y beneficios pagados por procedimientos médicos comunes.
    - Los costos reflejan promedios nacionales, pero es posible que no reflejen los verdaderos pagos del plan.
    - Los ejemplos de cobertura están basados en ciertas suposiciones. Es importante tener en cuenta que estos son sólo ejemplos. No debe utilizar estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo el Plan.

¿Necesita más información?

Si tiene preguntas con respecto a su SBC, a sus beneficios según el Plan o a sus opciones para inscribirse, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al número telefónico que aparece en su SBC.

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay For Covered Services

Coverage Period: Beginning on or after 01/01/2021

UNITE HERE HEALTH **Food Service Signature & Select Low (Plan Unit 176D)**

Coverage for: All | **Plan Type:** HMO

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.kp.org/plandocuments or call 1-855-249-5018 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-855-321-4373 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?	Not Applicable.	The plan does not have a deductible.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	$3,500 individual / $9,400 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, health care this plan doesn't cover, and cost sharing for certain services listed in plan documents.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out–of–pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.kp.org or call 1-855-249-5018 (TTY: 711) for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	Yes, but you may self-refer to certain specialists.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	$15 copay/visit	Not covered	Copay is waived for children under age 5.
	Specialist visit	$20 copay/visit	Not covered	None.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Preventive care/screening/ immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	Not covered	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	Not covered	None.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about **prescription drug coverage** is available at www.kp.org/formulary.	Generic drugs	Plan pharmacy: $10 copay/prescription; Participating pharmacy: $20 copay/prescription; Mail order: $8 copay/prescription	Not covered	No charge for certain preventive care drugs or oral chemotherapy drugs. Quantity limits may apply.
	Preferred brand drugs	Plan pharmacy: $25 copay/prescription; Participating pharmacy: $45 copay/prescription; Mail order: $23 copay/prescription	Not covered	
	Non-preferred brand drugs	Plan pharmacy: $40 copay/prescription; Participating pharmacy: $60 copay/prescription; Mail order: $38 copay/prescription	Not covered	
	Specialty drugs	$8/$23/$38 copay/prescription, based on drug category (mail order)	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	$20 copay/visit	Not covered	None.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	None.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	$100 copay/visit	$100 copay/visit	Copay waived if admitted.
	Emergency medical transportation	No charge	No charge	None.
	Urgent care	$20 copay/visit	$20 copay/visit	Non-plan providers are only covered when you

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
				are outside the service area.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	$250 copay/admission	Not covered	Emergency admissions covered for non-plan providers.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	$15 copay/individual visit; $7 copay/group visit	Not covered	Mental/behavioral health: No coverage for psychological testing for ability, aptitude, intelligence or interest. Substance abuse: None.
	Inpatient services	$250 copay/admission	Not covered	None.
If you are pregnant	Office visits	No charge	Not covered	Depending on the type of services, a copayment or coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	Not covered	None.
	Childbirth/delivery facility services	$250 copay/admission	Not covered	None.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	Not covered	None.
	Rehabilitation services	$20 copay/visit	Not covered	Limited to 30 visits of PT/OT/ST / year / injury / incident / condition.
	Habilitation services	$20 copay/visit	Not covered	For children under age 21 with congenital or genetic birth defect.
	Skilled nursing care	$250 copay/admission	Not covered	Coverage limited to 100 days/year.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not covered	None.
	Hospice services	No charge	Not covered	None.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Kaiser vision: Optometrist: $15 copay/visit; Ophthalmologist: $20 copay/visit; UNITE HERE HEALTH vision: No charge	Kaiser vision: Not covered; UNITE HERE HEALTH vision: No charge	Kaiser vision: Coverage limited to plan vision centers only: 1 pair of glasses or 1 pair of contacts from select collection each year. UNITE HERE HEALTH vision: Coverage limited to 1 exam/12 months, 1 pair of eyeglass lenses/12 months, and $200/24 month period (does not apply to exams or eyeglass lenses for children under age 19).
	Children's glasses	Kaiser vision: No charge; UNITE HERE HEALTH vision: No charge	Kaiser vision: Not covered; UNITE HERE HEALTH vision: No charge	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Dental benefits may be provided separately.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Acupuncture
- Chiropractic care
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult) (may be provided separately)
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private duty nursing
- Routine foot care

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Bariatric surgery
- Infertility treatment
- Routine eye care (Adult)
- Weight loss programs

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Kaiser Permanente at 1-855-249-5018 (TTY: 711) or online at www.kp.org/memberservices, the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or the District of Columbia Department of Insurance at 1-877-685-6391 or www.disb.dc.gov. (Contact UNITE HERE HEALTH at 1-855-321-4373 for questions about any benefits other than medical or prescription drug.)

Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the District of Columbia Healthcare Finance Office of the Ombudsman at 441 4th St, NW (9th and 10th Fl.) Washington, DC 20001, 1-877-685-6391, email healthcareombudsman@dc.gov, or www.ombudsman.dc.gov.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.
Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.
If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-321-4373.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-321-4373.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-855-321-4373.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-321-4373.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$20**
- **Hospital (facility) copayment** **$250**
- **Other copayment** **$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care*)
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	**$12,700**

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$300
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$60
The total Peg would pay is	**$360**

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$20**
- **Hospital (facility) copayment** **$250**
- **Other copayment** **$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
Prescription drugs
Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	**$5,600**

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$500
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Joe would pay is	**$500**

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$20**
- **Hospital (facility) copayment** **$250**
- **Other copayment** **$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (*x-ray*)
Durable medical equipment (*crutches*)
Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	**$2,800**

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$200
Coinsurance	$80
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	**$280**

The **plan** would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Periodo de cobertura: A partir o después del 01/01/2021**

UNITE HERE HEALTH **Food Service Signature & Select Low (Plan Unit 176D)** **Cobertura para:** Todo | **Tipo de plan:** HMO

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-855-321-4373 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	**USD** $0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	No se aplica.	Este plan no tiene un deducible.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	**USD** $3,500 por persona / $9,400 por familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Las primas, los pagos por cuidados de salud que este plan no cubre, y la parte que le corresponde de los costos para determinados servicios indicados en los documentos del plan.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Vea www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	Sí, pero usted puede auto remitirse a determinados especialistas.	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$15 copago/visita	No tiene cobertura	No se aplica copago para niños menores de 5 años.
	Visita al especialista	$20 copago/visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** en www.kp.org/formulary.	Medicamentos genéricos	Farmacia del Plan: $10 copago/receta; Farmacia participante: $20 copago/receta; Pedido por correo: $8 copago/receta	No tiene cobertura	Sin cargo para ciertos medicamentos para el cuidado preventivo o medicamentos de quimioterapia oral. Pueden aplicarse límites de cantidad.
	Medicamentos de marcas preferidas	Farmacia del Plan: $25 copago/receta; Farmacia participante: $45 copago/receta; Pedido por correo: $23 copago/receta	No tiene cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Farmacia del Plan: $40 copago/receta; Farmacia participante: $60 copago/receta; Pedido por correo: $38 copago/receta	No tiene cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos biosimilares o de especialidad	$8/$23/$38 copago/receta, según la categoría del medicamento (pedidos por correo)	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$20 copago/visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$100 copago/visita	$100 copago/visita	Copago exonerado si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna.
	Atención de urgencia	$20 copago/visita	$20 copago/visita	Se cubren los servicios de proveedores que no pertenecen a la red únicamente cuando usted está fuera del área de servicios.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	$250 copago/admisión	No tiene cobertura	Se cubre la admisión de emergencia de proveedores que no pertenecen al plan.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	$15 copago/visita individual; $7 copago/ visita grupal	No tiene cobertura	Salud Mental/del Comportamiento: No hay cobertura para exámenes psicológicos de capacidad, aptitud, inteligencia, o interés. Abuso de sustancias: Ninguna.
	Servicios internos	$250 copago/admisión	No tiene cobertura	Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No tiene cobertura	Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago o coseguro. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	$250 copago/admisión	No tiene cobertura	Ninguna.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de rehabilitación	$20 copago/visita	No tiene cobertura	Limitado a 30 consultas de Terapia Física/Ocupacional/del Habla por herida, incidente o afección al año.
	Servicios de habilitación	$20 copago/visita	No tiene cobertura	Para niños menores de 21 años con defectos congénitos o defectos genéticos.
	Cuidado de enfermería especializada	$250 copago/admisión	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 100 días/año.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Visión por Kaiser: Optometrista: $15 copago/visita; Oftalmólogo: $20 copago/visita; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	Visión por Kaiser: No tiene cobertura; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	Visión por Kaiser: Cobertura limitada a centros de visión del plan únicamente: 1 par de antojos o 1 par de lentes de contacto de colección selecta cada año. Visión por UNITE HERE HEALTH: Cobertura limitada a 1 examen/12 meses, 1 par de anteojos/12 meses y $200 por un período de 24 meses (no aplica a exámenes o anteojos para niños menores de 19 años).
	Anteojos para niños	Visión por Kaiser: Sin cargo; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	Visión por Kaiser: No tiene cobertura; Visión por UNITE HERE HEALTH: Sin cargo	
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios dentales pueden ser proporcionados por separado.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
• Acupuntura • Cuidados quiroprácticos • Cirugía cosmética	• Cuidados dentales (adultos) (pueden ser proporcionados por separado) • Audífonos • Cuidados de salud por tiempo prolongado	• Cuidados que no son de emergencia cuando sale de los E.U. • Servicios privados de enfermería • Cuidados podiátricos de rutina
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
• Cirugía bariátrica • Tratamiento de la infertilidad	• Cuidados de la visión de rutina (adultos)	• Programas para bajar de peso

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Kaiser Permanente al 1-855-249-5018 (TTY: 711) o visite www.kp.org/memberservices, el Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Seguros del Distrito de Columbia al 1-877-685-6391 o www.disb.dc.gov. (Si tiene preguntas sobre cualquier beneficio fuera de los beneficios médicos o de medicamentos de venta bajo receta, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al 1-855-321-4373.)

Además, puede pedir ayuda para presentar una apelación al programa de asistencia al consumidor: Contacte a la Oficina de la Defensoría del Pueblo de Finanzas Médicas del Distrito de Columbia (District of Columbia Healthcare Finance Office of the Ombudsman) a 441 4th St, NW (9th and 10th Fl.) Washington, DC 20001, 1-877-685-6391, correo electrónico healthcareombudsman@dc.gov, o www.ombudsman.dc.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.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-321-4373.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-321-4373.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 1-855-321-4373.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-321-4373.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$0
Especialista copago	$20
Hospital (instalaciones) copago	$250
Otro copago	$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total hipotético	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$300
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$360**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

El deducible general del plan	$0
Especialista copago	$20
Hospital (instalaciones) copago	$250
Otro copago	$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total hipotético	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$500
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$500**

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

El deducible general del plan	$0
Especialista copago	$20
Hospital (instalaciones) copago	$250
Otro copago	$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total hipotético	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$200
Coinsurance	$80
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	**$280**

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

Kaiser Foundation Health Plan of the 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 the number provided below.

District of Columbia	1-800-777-7902
Maryland	1-800-777-7902
Virginia	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 with the Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902. You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, the Kaiser Civil Rights Coordinator is available to help you. 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

English: You have the right to get help in your language at no cost. If you have questions about your application or coverage through Kaiser Permanente, or if this is a notice that requires you to take action by a specific date, call the number provided for your state or region to talk to an interpreter.

አማርኛ (Amharic)
ያለምንም ክፍያ በራስዎ ቋንቋ እገዛ የማግኘት መብት አለዎት። ስለ ማመልከቻዎ ወይም ከኬሰር ፐርማነንቴ Kaiser Permanente ስለሚያገኙት ሽፋን ማንኛውም ጥያቄዎች ካሉዎት፣ ወይም ይህ ማሳወቂያ በግልፅ በተጠቀሰ ቀን ማድረግ ያለብዎ ነገር እንዳለ የሚያስገድድዎ ከሆነ፣ በተጠቀሰው የስልክ ቁጥር ለስቴትዎ ወይም ለክልልዎ ደውለው ከአስተርጓሚ ጋር ይነጋገሩ።

العربية (Arabic)
لك الحق في الحصول على المساعدة بلغتك دون تحمل أي تكاليف. إذا كانت لديك استفسارات بشأن طلبك أو تغطيتك التي تقدمها Kaiser Permanente، أو إذا كان هذا الإشعار الذي يتطلب منك اتخاذ إجراء خلال تاريخ محدد، يُرجى الاتصال بالرقم المخصص لولايتك أو منطقتك للتحدث إلى مترجم فوري.

Հայերեն (Armenian)
Դուք ունեք Ձեր լեզվով անվճար օգնություն ստանալու իրավունք: Եթե Դուք հարցեր ունեք Ձեր դիմումի կամ Kaiser Permanente -ի միջոցով Ձեր ծածկույթի վերաբերյալ, կամ եթե սա ծանուցում է, որը պարտադրում է Ձեզ, որպեսզի գործողություններ ձեռնարկեք մինչև որոշակի ամսաթիվ, ապա զանգահարե՛ք Ձեր նահանգի կամ շրջանի համար տրամադրված հեռախոսահամարով՝ թարգմանչի հետ խոսելու համար:

Ɓǎsɔ́ɔ̀ Wùɖù (Bassa)
Ɔ mɔ̀ nì kpé ɓɛ́ m̀ ké gbo-kpá-kpá dyé ɖɛ́ nì mìɔùn nììn ɓíɖí-wùɖù mú pídyi. Ɔ jǔ ké m̀ dyi dyi-diè-ɖɛ̀ ɓě ɓéɖɛ́ ɓá nì céè-ɖɛ̀ m̀ tò ɓó ɖɛ zɔ̀ jè dyíɛ ní, mɔɔ jǔ ɓá nì kũùn kpɔ̃ jè dyí dyììn ɖɛ́ Kaiser Permanente múɛ ní, mɔɔ ɔ dyi bɔ̌ ɖò jǔ ɓɛ́ m̀ ké ɖɛ ɖò nyu ɓó wé jɛ́ɛ́ ɖò kɔ̃ nì, nìí, ɖá nɔ̀ɓà ɓɛ́ wa tòà ɓó nì ɓóɖɔ́ɔ̀ mɔɔ nì gbɛ̌ɛ̀ɔ̀ bììɛ, ké nì mu nyɔ-wuɖuún-zà-nyɔ̀ ɖò gbo wùɖùùn.

বাংলা (Bengali)
বিনা খরচে আপনার নিজের ভাষায় সাহায্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। আপনার যদি আপনার আবেদন বা Kaiser Permanente –এর মাধ্যমে পাওয়া কভারেজ নিয়ে কোনো প্রশ্ন থাকে বা এটি যদি কোনো নোটিস হয় যার ফলে আপনার একটি নির্ধারিত দিনের মধ্যে কোনো পদক্ষেপ গ্রহণ করার প্রয়োজন হয়, তাহলে দোভাষীর সাথে কথা বলতে আপনার রাজ্য বা অঞ্চলের জন্য প্রদত্ত নম্বরটিতে ফোন করুন।

Cebuano (Bisaya)
Anaa moy katungod nga mangayo og tabang sa inyo pinulongan ug kini walay bayad. Kung naa mo pangutana bahin sa inyo aplikasyon o coverage sa Kaiser Permanente, o kung kaning pahibalo nanginahanglan sa inyo paglihok sa dili pa usa ka piho nga petsa, palihug lang pagtawag sa mga numero sa telepono nga gihatag sa imong estado (“state”) o rehiyon (“region”) para makigstorya sa usa ka interpreter.

California	1-800-464-4000
Colorado	1-800-632-9700
District of Columbia	1-800-777-7902
Georgia	1-888-865-5813
Hawaii	1-800-966-5955
Maryland	1-800-777-7902
Oregon	1-800-813-2000
Virginia	1-800-777-7902
Washington	1-800-813-2000
TTY	711

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., in Northern and Southern California and Hawaii • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305, 404-364-7000 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., in Maryland, Virginia, and Washington, D.C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

中文 (Chinese)
您有權免費以您的語言獲得幫助。如果您對您的 Kaiser Permanente 申請或承保有任何疑問，或者如果本通知要求您在具體日期之前採取措施，請致電您所在的州或地區的電話，與口譯員進行溝通。

Chuuk (Chuukese)
Mei wor omw pwuung omw kopwe angei aninis non foosun fonuomw (Chuukese), ese kamo. Ika mei wor omw kapas eis usun omw apilikeison me/ika policy fan nemenien Kaiser Permanente, are ika ei esinesin e erenuk pwe kopwe fori pwan ekoch fofor, ka tongeni omw kopwe kori ewe nampa mei kawor faniten omw state ika fonu (asan) iwe eman chon chiakku epwe anisuk non kapasen fonuomw.

Français (French)
Une assistance gratuite dans votre langue est à votre disposition. Si vous avez des questions à propos de votre demande d'inscription ou de la couverture par Kaiser Permanente, ou si cet avis vous demande de prendre des mesures à une date précise, appelez le numéro indiqué pour votre Etat ou votre région pour parler à un interprète.

Deutsch (German)
Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie Fragen bezüglich Ihres Antrags oder Ihres Krankenversicherungsschutzes durch Kaiser Permanente haben oder falls Sie aufgrund dieser Benachrichtigung bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, rufen Sie die für Ihren Bundesstaat oder Ihre Region aufgeführte Nummer an, um mit einem Dolmetscher zu sprechen.

ગુજરાતી (Gujarati)
તમને કોઇ પણ ખર્ચ વગર તમારી ભાષામાં મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમને Kaiser Permanente મારફતે તમારી અરજી અથવા કવરેજ વિશે પ્રશ્નો હોય, અથવા જો આ નોટિસ હોય જેમા તમને કોઈચોક્કસ તારીખથી પગલાં લેવાની જરૂર હોય, તો દુભાષિયા સાથે વાત કરવા તમારા સ્ટેટ અથવા રીજીયન માટે પૂરા પાડવામાં આવેલ નંબર પર ફોન કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)
Ou gen dwa pou jwenn èd nan lang ou gratis. Si ou gen nenpòt kesyon sou aplikasyon ou an oswa asirans ou ak Kaiser Permanente, oswa si nan avi sa a gen bagay ou sipoze fè avan yon sèten dat, rele nimewo nou mete pou Eta oswa rejyon ou a pou w ka pale ak yon entèprèt.

ʻōlelo Hawaiʻi (Hawaiian)
He pono a ua loaʻa no kekahi kōkua me kāu ʻōlelo inā makemake a he manuahi no hoʻi. Inā he mau nīnau kāu e pili ana i kāu palapala noi ʻinikua ola kino a i ʻole i kōkua maʻō ka polokalamu kōkua ola kino Kaiser Permanente, a i ʻole inā ke haʻi nei paha kēia leka nei iāʻoe e hana koke aku i kēia ma mua o kekahi lā i waiho ʻia, e kelepona aku i ka helu i loaʻa ma kēia leka nei no kāu mokuʻāina a i ʻole panaʻāina no ka walaʻau ʻana me kekahi kanaka unuhi ʻōlelo.

हिन्दी (Hindi)
आपको बिना किसी कीमत चुकाए आपकी भाषा में सहायता पाने का अधिकार है। यदि आप आपके आवेदन पत्र के विषय में या Kaiser Permanente के कवरेज के विषय में कुछ पूछना चाहते हैं या यदि यह एक नोटिस है जिसके कारण आपको किसी विशेष तिथि तक कारवाई करनी पड़ेगी तो आपके राज्य या क्षेत्र के लिए दिए गए नंबर पर फोन करके किसी दुभाषिये से बात करें।

Hmoob (Hmong)
Koj muaj cai kom tau txais kev pab uas hais koj hom lus yam tsis tau them nqi. Yog koj muaj lus nug txog koj daim ntawv thov los yog cov kev pab them nyiaj tim
Kaiser Permanente, los yog tias daim ntawv no yog ib tsab ntawv ceebtoom uas yuav kom koj ua ib yam dabtsi raws li hnub tau teev tseg, hu rau tus nab npawb xovtooj uas tau muab rau koj lub xeev lossis cheeb tsam kom tau tham nrog tus kws txhais lus.

Igbo (Igbo)
Ị nwere ikike ịnweta enyemaka n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Ọ bụrụ na ị nwere ajụjụ gbasara akwụkwọ anamachọihe gị ma ọ bụ mkpuchi si na Kaiser Permanente, ma ọ bụ ọ bụrụ na nke a bụ ọkwa a chọrọ ka ị mee ihe tupu otu ụbọchị, kpọọ nọmba enyere maka steeti ma ọ bụ mpaghara gị iji kwukọrịta okwu n'etiti onye ọkọwa okwu.

Iloko (Ilocano)
Adda ti karbenganyo a dumawat iti tulong iti pagsasaoyo nga awan ti bayadanyo. No addaankayo kadagiti saludsod maipanggep ti aplikasionyo wenno coverage babaen ti Kaiser Permanente, wenno no daytoy ket maysa a pakdaar a kalikagumanna a rumbeng nga aramidenyo ti addang iti espesipiko a petsa, tawagan ti numero nga inpaay para ti estado wenno rehion tapno makipatang ti maysa mangipatarus iti pagsasao.

Italiano (Italian)
Hai il diritto di ricevere assistenza nella tua lingua gratuitamente. In caso di domande riguardanti la tua richiesta o la copertura attraverso Kaiser Permanente, o se occorre intervenire entro una data specifica secondo quanto indicato in questa comunicazione, chiama il numero fornito per il tuo stato o la tua regione per parlare con un interprete.

日本語 (Japanese)
あなたは、費用負担なしでご使用の言語で支援を受ける権利を保持しています。お申し込みまたは Kaiser Permanente の担保範囲に関してご質問があるか、または本通知により、あなたが特定の日付までに行動を起こすよう依頼されている場合、お住まいの州または地域に対して提供された電話番号に電話して、通訳とお話ください。

ខ្មែរ (Khmer)
អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយជាភាសារ បស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ បើសិនអ្នកមានសំណួរណា មួយអំពីពាក្យស្នើសុំ ឬការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Kaiser Permanente ឬប្រសិនបើនេះគឺជាលិខិតជូនដំណឹងដែលតម្រូវឲ្យអ្នកចាត់វិធានការត្រឹមកាលបរិច្ឆេទជាក់លាក់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខដែលបានផ្តល់ជូនសម្រាប់រដ្ឋ ឬតំបន់របស់អ្នកដើម្បីនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែ។

한국어 (Korean)
귀하에게는 한국어 통역서비스를 무료로 받으실 수 있는 권리가 있습니다.
Kaiser Permanente 를 통한 귀하의 보험 신청서나 보험 보장 범위에 관해 질문이 있을 경우 또는 이 통지서의 요구대로 어느 날짜까지 조취를 취해야만 하는 경우, 귀하의 주 및 지역의 제공된 전화번호로 연락해 통역사와 통화하십시오.

ລາວ (Laotian)
ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ. ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງທ່ານ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Kaiser Permanente, ຫຼື ຖ້າອັນນີ້ເປັນແจ້ງການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານດຳເນີນການພາຍໃນວັນທີທີ່ເຈາະจົງໃດໜຶ່ງ, ໃຫ້ໂທຕາມໝາຍເລກທີ່ໃຫ້ໄວ້ສຳລັບລັດ ຫຼື ເຂດຂອງທ່ານ ເພື່ອຂໍລົມກັບນາຍພາສາ.

Kajin Majōļ (Marshallese)
Ewōr jimwe eo aṃ in bōk jipañ ilo kajin eo aṃ ejjeļọk wōṇāān. Ñe ewōr aṃ kajjitōk kōn peba in aplaiki eo aṃ ak insurance eo aṃ jān Kaiser Permanente, ak ñe enaan in kōjeļā in ej aikuj bwe kwōn ṃakūtkūt ṃokta jān juon raan eo eṃōj an kallikkar, kaļọk nōṃba eo ej leļọk ñan state eo aṃ ak jikūṃ bwe kwōn maroñ kōnono ippān juon ri-ukōt.

Naabeehó (Navajo)
T'áá ni nizaad bee níká i'doolwoł doo bik'é asíníłáágóó éí bee náhaz'ą́. Kaiser Permanente áká aná'álwo' ná bik'é azláadoo yíníkeedgo naaltsoos hadinilaa, éí bína'ídíłkid doogo, éí doodago díí naaltsoos haa'ída yoołkáałgo hait'áoda í'díílíił niłníigo éí nitsaa hahoodzojí éí doodago t'áá aadi nahós'a'di ata' dahalne'ígíí bich'į' hólne'go bee bił ahił hodíílnih.

नेपाली (Nepali)
तपाईंसगं कुनै शुल्क नदिइ आफ्नो भाषामा सहायता पाउने अधिकार छ । तपाईंसंग आफ्नो आवेदन बारे वा Kaiser Permanente मार्फत कवरेज बारेमा कुनै प्रश्नहरू भए, वा यो नोटिस अनुसार तपाईंले कुनै निर्धारित मितिमा कुनै कार्यवाही गर्नु पर्ने आवश्यकता भएमा, दोभाषेसंग कुराकानी गर्न तपाईंको राज्य वा क्षेत्रका लागि दिइएको नम्वरमा कल गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo)
Baasii malee afaan keetiin gargaarsa argachuudhaaf mirga qabda. Waa'ee iyyata keetii yookaan tajaajila Kaiser Permanente hammatu ilaalchisee gaaffii yoo qabaatte, yookaan yoo kun beeksisa guyyaa murtaa'e irratti tarkaanfii akka ati fudhattu gaafatu ta'e, lakkoofsa bilbilaa naannoo yookaan goodina keetiif kenname bilbiluudhaan turjumaana haasofsiisi.

فارسی (Persian)
شما حق دارید که بدون هیچ هزینه ای به زبان خود کمک دریافت کنید. اگر درباره درخواست یا پوشش خود در Kaiser Permanente سؤالی داشته یا بر اساس این اعلامیه باید تا تاریخ مشخصی اقدامی بعمل آورید، برای صحبت با یک مترجم شفاهی با شماره تلفن ارائه شده برای ایالت یا منطقه خود تماس بگیرید.

lokaiahn Pohnpei (Pohnpeian)
Komw anehki pwung en rapahki sounkawehwe en omw palien lokaia ni sohte isaihs. Ma mie iren owmi kalelapak ohng aplikeisin de iren audepe kan ohng Kaiser Permanente, de ma pakair wet me anahne komwi en mwekid ohng rahn me kileledi, ah komw anahne koahl nempe me sansalehr ohng owmi palien wehi pwe komwi en lokaiaieng owmi tungoal soun kawehwe.

Português (Portuguese)
Você tem o direito de obter ajuda em seu idioma sem nenhum custo. Se você tiver dúvidas sobre sua solicitação ou cobertura por meio da Kaiser Permanente, ou se este aviso exigir que você tome alguma medida até uma data específica, ligue para o número fornecido para seu estado ou região para falar com um intérprete.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸ਼ੁਲਕ ਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪਾਉਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ Kaiser Permanente **ਰਾਹੀਂ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਜਾਂ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ, ਤਾਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਰਾਜ ਜਾਂ ਇਲਾਕੇ ਲਈ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ.**

Română (Romanian)
Aveți dreptul de a solicita ajutor care să vă fie oferit în mod gratuit în limba dumneavoastră. Dacă aveți întrebări legate de solicitarea dumneavoastră sau de acoperirea oferită de Kaiser Permanente sau dacă acest aviz vă solicită să luați măsuri până la o anumită dată, sunați la numărul de telefon furnizat pentru statul sau regiunea dumneavoastră pentru a sta de vorbă cu un interpret.

Русский (Russian)
У вас есть право получить бесплатную помощь на своем языке. Если у вас имеются вопросы относительно вашего заявления или медицинского страхования в Kaiser Permanente, либо если такое уведомление требует от вас каких-либо действий к определенной дате, позвоните по номеру телефона для своего штата или региона, чтобы поговорить с переводчиком.

Faa-Samoa (Samoan)
E iai lou ‘aia e maua se fesoasoani i lou gagana e aunoa ma le totogi. Afai e iai ni fesili e uiga i lou tusi apalai po o puipuiga e ala mai Kaiser Permanente, po o lenei tusi e manaomia ona e gaoioi i se taimi atofaina, vili le numera ua fuafuaina mo lou setete po o oganuu e fesoota’i i se faaliliu.

Español (Spanish)
Usted tiene derecho a obtener ayuda en su idioma sin costo alguno. Si tiene preguntas acerca de su solicitud o cobertura a través de Kaiser Permanente, o si este es un aviso que requiere que usted tome alguna medida antes de una fecha determinada, llame al número de teléfono que se proporciona para su estado o región para hablar con un intérprete.

Tagalog (Tagalog)
Mayroon kang karapatang humingi ng tulong sa iyong wika nang walang bayad. Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa iyong aplikasyon o coverage sa pamamagitan ng Kaiser Permanente, o kung ito ay abisong nangangailangan ng iyong aksyon sa tiyak na petsa, tumawag sa numerong ibinigay para sa iyong estado o rehiyon para makipag-usap sa isang interpreter.

ไทย (Thai)
ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการสมัครของท่าน หรือความคุ้มครองผ่าน Kaiser Permanente หรือหากนี่คือหนังสือที่ต้องการให้ท่านดำเนินการภายในวันที่ที่กำหนดไว้ โปรดติดต่อหมายเลขที่ให้ไว้สำหรับรัฐหรือเขตพื้นที่ของท่านเพื่อคุยกับล่าม

Lea Faka-Tonga (Tongan)
‘Oku ‘i ai ho totonu keke ma’u ha fakatonulea ta’etotongi. Kapau ‘oku ‘i ai ha’o fehu’i ki ho tohi kole na’e fakafonu ki he malu’i ‘inisiua ‘a e Kaiser Permanente, pea kapau ko e tohini ‘oku fiema’u keke fai ha me’a ki ai pe ko ha ‘aho na’e tuku pau atu ke fai ia, taa ki he fika kuo ‘oatu ki ho siteiti pe ko e vahefonua ‘oku ke ‘i ai ke talanoa mo ha tokotaha tene fakatonu lea atu kiate koe.

Українська (Ukrainian)
У Вас є право на отримання допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Якщо Ви маєте питання стосовно Вашого звернення чи страхового покриття в Kaiser Permanente, чи якщо відповідно до такого повідомлення Вам треба буде здійснити певну дію до конкретної дати, подзвоніть по номеру, що відповідає Вашій країні чи регіону, щоб поговорити з перекладачем.

اُردو (Urdu)
آپ کوکوئی بھی قیمت ادا کئے بغیر اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ کے ذہن میں اپنی درخواست یا Kaiser Permanente کے ذریعہ کوریج کے متعلق کوئی بھی سوالات ہیں، یا اگر اس نوٹس کی وجہ سے آپ کو کسی مخصوص تاریخ تک عمل انجام دینے کی ضرورت ہوگی تو، کسی مترجم سے بات چیت کرنے کے لئے آپ کی ریاست یا علاقہ کے لئے فراہم کئے گئے نمبر پر کال کریں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)
Quý vị có quyền được nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Nếu quý vị có các câu hỏi về mẫu đơn hoặc mức bảo hiểm của mình thông qua Kaiser Permanente, hoặc đây là thông báo yêu cầu quý vị thực hiện vào một ngày cụ thể, hãy gọi đến số điện thoại được cung cấp cho bang hoặc khu vực của quý vị để trò chuyện với phiên dịch viên.

Yorùbá (Yoruba)
O ní ẹ̀tọ́ láti rí ìrànlọ́wọ́ gbà nípa èdè rẹ láìsan owó. Bí o bá ní ìbéèrè nípa ìwé tí o kọ tàbí ìṣedéédé nípaṣẹ̀ Kaiser Permanente, tàbí ìfitọnilétí yìí jẹ́ èyí o nílò láti ìgbésẹ̀ kan ní ọjọ́ kan patọ́, pé nọ́mbà tí a pèsè fún ìpínlẹ̀ tàbí agbègbè rẹ láti bá òǹgbifọ̀ kan sọ̀rọ̀.