



## 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.



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](http://www.kp.org/plandocuments) or call 1-800-278-3296 (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](http://www.cciio.cms.gov) or call 1-855-484-8480 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
<a href="#">What is the overall deductible?</a>	\$1,000/individual or \$2,000/family	Generally, you must pay all of the costs from <a href="#">providers</a> up to the <a href="#">deductible</a> amount before this <a href="#">plan</a> begins to pay. If you have other family members on the <a href="#">plan</a> , each family member must meet their own individual <a href="#">deductible</a> until the total amount of <a href="#">deductible</a> expenses paid by all family members meets the overall family <a href="#">deductible</a> .
<a href="#">Are there services covered before you meet your deductible?</a>	Yes. <a href="#">Network preventive care</a> , office visits, most outpatient services, and <a href="#">prescription drugs</a> .	This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply. For example, this <a href="#">plan</a> covers certain <a href="#">preventive services</a> without <a href="#">cost-sharing</a> and before you meet your <a href="#">deductible</a> . See a list of covered <a href="#">preventive services</a> at <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
<a href="#">Are there other deductibles for specific services?</a>	No.	You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.
<a href="#">What is the out-of-pocket limit for this plan?</a>	\$3,000 individual / \$6,000 family	The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.
<a href="#">What is not included in the out-of-pocket limit?</a>	<a href="#">Premiums</a> , payments for health care this <a href="#">plan</a> doesn't cover, and <a href="#">cost-sharing</a> for certain services listed in plan documents.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a> .
<a href="#">Will you pay less if you use a network provider?</a>	Yes. See <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of <a href="#">network providers</a> .	This <a href="#">plan</a> uses a provider <a href="#">network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the plan's <a href="#">network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the provider's charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services.
<a href="#">Do you need a referral to see a specialist?</a>	Yes, but you may self-refer to certain specialists.	This <a href="#">plan</a> will pay some or all of the costs to see a <a href="#">specialist</a> for covered services but only if you have a <a href="#">referral</a> before you see the <a href="#">specialist</a> .



All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

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	\$20 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	None.
	<a href="#">Specialist</a> visit	\$20 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	None.
	<a href="#">Preventive care/screening/immunization</a>	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	You may have to pay for services that aren't <a href="#">preventive</a> . Ask your <a href="#">provider</a> if the services needed are preventive. Then check what your <a href="#">plan</a> will pay for.
If you have a test	<a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)	\$10 <a href="#">copay</a> /encounter; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <a href="#">coinsurance</a> , up to \$50/procedure; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	None.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> .	Generic drugs (Tier 1)	Retail: \$10 <a href="#">copay</a> /prescription; Mail order: \$20 <a href="#">copay</a> /prescription; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines. No charge for contraceptives, <a href="#">deductible</a> does not apply.
	Preferred brand drugs (Tier 2)	Retail: \$30 <a href="#">copay</a> /prescription; Mail order: \$60 <a href="#">copay</a> /prescription; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines. No charge for contraceptives, <a href="#">deductible</a> does not apply.
	Non-preferred brand drugs (Tier 2)	Retail: \$30 <a href="#">copay</a> /prescription; Mail order: \$60 <a href="#">copay</a> /prescription; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	The <a href="#">cost sharing</a> for non-preferred brand drugs under this <a href="#">plan</a> aligns with the <a href="#">cost sharing</a> for preferred brand drugs (Tier 2), when approved through the <a href="#">formulary</a> exception process.
	<a href="#">Specialty drugs</a> (Tier 4)	\$30 <a href="#">copay</a> /prescription;	Not covered	Up to a 30-day supply retail. Subject to

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)	
		Deductible does not apply		<a href="#">formulary</a> guidelines.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	None.
	Physician/surgeon fees	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	None.
If you need immediate medical attention	<a href="#">Emergency room care</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	None.
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	\$150 <a href="#">copay</a> /trip; Deductible does not apply	\$150 <a href="#">copay</a> /trip; Deductible does not apply	None.
	<a href="#">Urgent care</a>	\$20 <a href="#">copay</a> /visit; Deductible does not apply	Not covered	Non-plan providers covered when temporarily outside the service area: \$20 <a href="#">copay</a> /visit, <a href="#">deductible</a> does not apply.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	None.
	Physician/surgeon fees	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	None.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Mental/Behavioral health: \$20 <a href="#">copay</a> /individual visit; 20% <a href="#">coinsurance</a> for other outpatient services; Deductible does not apply.  Substance abuse: \$20 <a href="#">copay</a> /individual visit; 20% <a href="#">coinsurance</a> up to \$5/day for other outpatient services; Deductible does not apply.	Not covered	Mental/Behavioral Health: \$10 <a href="#">copay</a> /group visit, <a href="#">deductible</a> does not apply. Substance Abuse: \$5 <a href="#">copay</a> /group visit, <a href="#">deductible</a> does not apply.
	Inpatient services	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	None.
If you are pregnant	Office visits	No charge; Deductible does not apply	Not covered	Depending on the type of services, a <a href="#">copayment</a> , <a href="#">coinsurance</a> , or <a href="#">deductible</a> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).

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)	
	Childbirth/delivery professional services	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	None.
	Childbirth/delivery facility services	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	None.
If you need help recovering or have other special health needs	<a href="#">Home health care</a>	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	Coverage limited to 2 hours/visit, 3 visits/day, and 100 visits/year.
	<a href="#">Rehabilitation services</a>	Inpatient: 20% <a href="#">coinsurance</a> ; Outpatient: \$20 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	None.
	<a href="#">Habilitation services</a>	\$20 <a href="#">copay</a> /visit; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	None.
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> ; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	Coverage limited to 100 days/benefit period.
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> ; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	Requires <a href="#">prior authorization</a> .
	<a href="#">Hospice services</a>	No charge; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	None.
	Children's eye exam	No charge for refractive exam; <a href="#">Deductible</a> does not apply	Not covered	Kaiser vision benefit limited to network eye exam only. You may have other vision benefits provided separately through UNITE HERE HEALTH.
If your child needs dental or eye care	Children's glasses	Not covered	Not covered	Dental benefits may be provided separately.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	

## **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.)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Children's glasses (may be provided separately)</li><li>• Chiropractic care</li><li>• Cosmetic surgery</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dental care (Adult &amp; Child) (may be provided separately)</li><li>• Long-term care</li><li>• Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Private-duty nursing</li><li>• Routine foot care</li><li>• Weight loss programs</li></ul> |
|--|--|---|

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuncture (plan provider referred)</li><li>• Bariatric surgery</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hearing aids (\$3,000 limit/ear every 36 months)</li><li>• Infertility treatment</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Routine eye care (Adult)</li></ul> |
|--|--|--|

**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](http://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](http://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 1-800-278-3296 (TTY: 711) or online at [www.kp.org/memberservices](http://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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), or the Department of Managed Health Care Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.gov). (Contact UNITE HERE HEALTH at 1-855-484-8480 for questions about any benefits other than medical or prescription drug.)

Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact Department of Managed Health Care Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.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 1-800-788-0616 (TTY: 711)

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

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

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

*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 <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$1,000
<a href="#">Specialist copayment</a>	\$20
<a href="#">Hospital (facility) coinsurance</a>	20%
<a href="#">Other copayment</a>	\$10

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	
<a href="#">Deductibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copayments</a>	\$70
<a href="#">Coinsurance</a>	\$1,500
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$50
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$2,620</b>

### Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$1,000
<a href="#">Specialist copayment</a>	\$20
<a href="#">Hospital (facility) coinsurance</a>	20%
<a href="#">Other copayment</a>	\$10

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	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$800
<a href="#">Coinsurance</a>	\$100
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$900</b>

### Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$1,000
<a href="#">Specialist copayment</a>	\$20
<a href="#">Hospital (facility) coinsurance</a>	20%
<a href="#">Other copayment</a>	\$10

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	
<a href="#">Deductibles</a>	\$700
<a href="#">Copayments</a>	\$300
<a href="#">Coinsurance</a>	\$10
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$1,010</b>

Note: These numbers assume [referrals](#) from a PCP were obtained for specialty care and the patient does not participate in the [plan's](#) Better Living wellness program. If you participate in the [plan's](#) Better Living wellness program, you may be able to reduce your costs. For more information about the Better Living wellness program, please contact: UNITE HERE HEALTH at 1-855-484-8480.

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



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](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar a 1-855-484-8480 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deductible</a> general?	USD \$1,000/por persona o \$2,000/por familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deductible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deductible</a> individual, hasta que el monto total de gastos de <a href="#">deductible</a> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deductible</a> total por familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deductible</a> ?	Sí. <a href="#">Cuidado preventivo dentro de la red</a> , visitas al consultorio, la mayoría de los servicios ambulatorios y medicamentos con receta.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deductible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deductible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deductible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <a href="#">deductible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	USD \$3,000 por persona / \$6,000 por familia	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos directo del bolsillo</a> hasta que se cumpla el <a href="#">límite de gastos directo del bolsillo</a> total por familia.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Las primas</a> , los pagos por cuidados de salud que este <a href="#">plan</a> no cubre y la parte que le corresponde de los costos para determinados servicios indicados en los documentos del <a href="#">plan</a> .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí. Vea <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría

		utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	Sí, pero usted puede auto remitirse a determinados <a href="#">especialistas</a> .	Este <a href="#">plan</a> paga algunos o todos los costos de acudir a un <a href="#">especialista</a> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al <a href="#">especialista</a> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

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 <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 <a href="#">copago</a> /visita; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Ninguna.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$20 <a href="#">copago</a> /visita; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</a>	Sin cargo; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará por el servicio.
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	\$10 <a href="#">copago</a> /sesión; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% <a href="#">coseguro</a> , máximo de \$50/procedimiento; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Al por menor: \$10 <a href="#">copago</a> /receta médica; Orden por correo: \$20 <a href="#">copago</a> /receta médica; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <a href="#">lista de medicamentos</a> . Los anticonceptivos no tienen costo, <a href="#">deductible</a> no se aplica.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Al por menor: \$30 <a href="#">copago</a> /receta médica; Orden por correo: \$60 <a href="#">copago</a> /receta médica; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <a href="#">lista de medicamentos</a> . Los anticonceptivos no tienen costo, <a href="#">deductible</a> no se aplica.
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 2)	Al por menor: \$30 <a href="#">copago</a> /receta médica; Orden por correo: \$60 <a href="#">copago</a> /receta médica; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Los <a href="#">costos compartidos</a> correspondientes a los medicamentos de marca no preferidos según este <a href="#">plan</a> se alinean con los <a href="#">costos compartidos</a> correspondientes a los medicamentos de marca preferidos (nivel 2), cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones de la <a href="#">lista de medicamentos</a> .
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (nivel 4)	\$30 <a href="#">copago</a> /receta médica; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <a href="#">lista de medicamentos</a> .
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <a href="#">coseguro</a>	No tiene cobertura	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <a href="#">coseguro</a>	No tiene cobertura	Ninguna.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$150 <a href="#">copago</a> /traslado; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	\$150 <a href="#">copago</a> /traslado; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$20 <a href="#">copago</a> /visita; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Los proveedores fuera del plan están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$20 <a href="#">copago</a> /visita, <a href="#">deductible</a> no se aplica.
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% <a href="#">coseguro</a>	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)	
	Honorarios del médico/cirujano	20% <a href="#">coseguro</a>	No tiene cobertura	Ninguna.
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Salud Mental/Conducta: \$20 <a href="#">copago</a> /visita individual; 20% <a href="#">coseguro</a> para otros servicios ambulatorios; <a href="#">Deductible</a> no se aplica.  Abuso de sustancias: \$20 <a href="#">copago</a> /visita individual; 20% <a href="#">coseguro</a> hasta \$5/día para otros servicios ambulatorios; <a href="#">Deductible</a> no se aplica.	No tiene cobertura	Salud Mental/Conducta: \$10 <a href="#">copago</a> /visita grupal, <a href="#">deductible</a> no se aplica. Abuso de sustancias: \$5 <a href="#">copago</a> /visita grupal, <a href="#">deductible</a> no se aplica.
	Servicios internos	20% <a href="#">coseguro</a>	No tiene cobertura	Ninguna.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deductible</a> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	20% <a href="#">coseguro</a>	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% <a href="#">coseguro</a>	No tiene cobertura	Ninguna.
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Sin cargo; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 2 horas/visita, 3 visitas/día, y 100 visitas/año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Internación: 20% <a href="#">coseguro</a> ; Pacientes ambulatorios: \$20 <a href="#">copago</a> /visita; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Ninguna.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$20 <a href="#">copago</a> /visita; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	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)	
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% <a href="#">coseguro</a> ; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 100 días/periodo de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% <a href="#">coseguro</a> ; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	Ninguna.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo por examen refractivo; <a href="#">Deductible</a> no se aplica	No tiene cobertura	El beneficio de la visión Kaiser se limita al examen de la vista dentro de la red únicamente. Usted puede tener otros beneficios de la visión proporcionados por separado a través de UNITE HERE HEALTH.
	Anteojos para niños	No tiene cobertura	No tiene cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios dentales pueden ser proveídos 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](#).)**

- Anteojos para niños (pueden ser proveídos por separado)
- Cuidados quiroprácticos
- Cirugía cosmética
- Cuidados dentales (Adultos y Menores) (pueden ser proveídos por separado)
- Cuidados de salud por tiempo prolongado
- Cuidados que no son de emergencia cuando sale de los E.U.
- Servicio de enfermería especializado
- Cuidados podiátricos de rutina
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)**

- Acupuntura (proveedor del plan referido)
- Cirugía bariátrica
- Audífonos (límite de \$3,000/por oído cada 36 meses)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidados de la visión de rutina (Adultos)

**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](http://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](http://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 at 1-800-278-3296 (TTY: 711) o visite [www.kp.org/memberservices](http://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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o el Departamento de Salud de California Managed Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219, [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.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 1-855-484-8480.)

Además, puede pedir ayuda para presentar una apelación al programa de asistencia al consumidor: Contacto el Departamento de Salud de California Managed Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219, [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.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 1-800-788-0616 (TTY: 711)

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

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

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

**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 <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$20
■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$10

#### 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	\$1,000
Copagos	\$70
Coseguro	\$1,500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	
\$2,620	

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$20
■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$10

#### 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	\$800
Coseguro	\$100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	
\$900	

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$20
■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$10

#### 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:

Costo compartido	
Deducibles	\$700
Copagos	\$300
Coseguro	\$10
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	
\$1,010	

Nota: Estos números asumen [referencias](#) de un PCP fueron obtenidas para cuidados especializados y el paciente no participa en el programa de bienestar Vivir Mejor del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar Vivir Mejor del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar Vivir Mejor, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-855-484-8480.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Kaiser Permanente does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. In addition, you may request health plan materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs. For more information, call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. A grievance includes a complaint or an appeal. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your *Evidence of Coverage* or *Certificate of Insurance*, or speak with a Member Services representative for the disputeresolution options that apply to you. This is especially important if you are a Medicare, MediCal, MRMIP, MediCal Access, FEHBP, or CalPERS member because you have different disputeresolution options available.

You may submit a grievance in the following ways:

- By completing a Complaint or Benefit Claim/Request form at a Member Services office located at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* for addresses)
- By calling our Member Service Contact Center toll free at **1-800-464-4000** (TTY users call **711**)
- By completing the grievance form on our website at [kp.org](http://kp.org)

Please call our Member Service Contact Center if you need help submitting a grievance.

The Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

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 [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://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, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Language Assistance Services

**English:** We provide interpreter services at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week, during all hours of operation. You can have an interpreter help answer your questions about our health care coverage. You can also request materials translated in your language at no cost to you. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** نؤمن خدمات الترجمة الفورية مجاناً لك على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع طوال ساعات العمل. بإمكانك طلب مساعدة المترجم الفوري للإجابة على كافة أسئلتك حول التغطية الصحية التي نقدمها. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك طلب ترجمة الوثائق الطبية للغتك مجاناً. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم **(711)**.

**Armenian:** Մենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, մեր աշխատանքի բոլոր ժամերին 2եղ համար անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ ենք տրամադրում: Թարգմանչի օգնությամբ Դուք կարող եք պատասխան ստանալ Ձեր հարցերին՝ մեր կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրության վերաբերյալ: Կարող եք նաև Ձեր լեզվով թարգմանված գրավոր նյութեր խնդրել, որոնք 2եղ համար անվճար են: Պարզապես զանգահարեք մեզ՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ՝ շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** համարով:

**Farsi:** ما خدمات مترجم شفاهی را در 24 ساعت شبازور و 7 روز هفتگه در طول همه ساعات کاری بدون اخذ هزینه در اختیار شما قرار می دهیم. شما می توانید برای کمک در پاسخگویی به سوالات خود در مورد پوشش مراقبت درمانی ما از یک مترجم شفاهی بهره مند شوید. همچنین می توانید درخواست کنید که همه جزوایات بدون اخذ هزینه به زبان شما ترجمه شوند. کافیست در 24 ساعت شبازور و 7 روز هفتگه (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرند

**Hindi:** हम संचालन के सभी घंटों के दौरान आपको बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन प्रदान करते हैं। आप हमारी स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के बारे में आपके प्रश्नों के जवाब के लिए एक दुभाषिये की सहायता ले सकते हैं। आप बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए अनुरोध भी कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Peb muaj neeg txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, thawm cov sij hawm qhib ua lag luam. Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus los pab teb koj cov lus nug txog peb cov kev pab them nqi kho mob. Koj thov tau kom muab cov ntaub ntawv txhais uas koj hom lus pub dawb rau koj. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu 711.

**Japanese:** 当院では、全診療時間を通じて、通訳サービスを無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。当院の医療内容についてのご質問および回答には、通訳がお手伝いいたします。また、日本語に翻訳された資料を無料で請求できます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください(祭日を除き年中無休)。TTY ユーザーは 711 にお電話ください。

**Khmer:** ពើមីនីតូល់សៀវភៅនអកបរក្បែប ជោយកន្លែងសំពួលអ្នកទីរីយេ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយខែទីរីយេ គ្រាងអទុយដ្ឋានអ្នកបរក្បែប ជោយក្រុង និងយកសំណុះសំណុះការ: ដែលបានបកប្រើបានស្ថិក អំពីការបង់ចំនួនខ្សោយការ ឬសំណុះសំណុះការ: តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយខែទីរីយេ (បទធ្វើបុណ្យ)។ អ្នកបរក្បែប TTY លេខលេខ **711** ។

**Korean:** 업무 시간 동안에는 요일 및 시간에 관계없이 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역의도움을 받아 건강 보험 혜택에 관하여 질문하고 답변을 들으실 수 있습니다. 또한, 귀하가 사용하는 언어로 번역된 자료를 요청해 무료로 제공받으실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000**번으로 전화해 문의하십시오(공휴일 휴무). TTY 사용자 번호 **711**.

**Navajo:** Nihí ata' halne'é áká'adoolwołígíí nihei hóló t'áá jiík'é, t'áá naadiin díí ahéé'iilkeedgo, tsosts'id yiskáají', ndá'anishgo oolkíl biyi' góné. Ata' halne'é niká'adoolwoł na'ídikid nee hólóqo díí ats'iís baa áháyáq bik'éstí'ígíí biná'ídiłkidgo. Áádóó aldó' naaltsoos lá t'áá ní nizaad k'ehji álnéehgo t'áá jiík'é ádoolnííł. Nihích'i' hodíílnih koji' **1-800-464-4000** jiigo dóó t'ee' nidi, tsosts'id yiskáají' dimoo na'adleehjí' (Holidaysgo éí da'deekala) doo da'diits'a'igíí chodayool'ínígíí koji' hodíílnih **711**

**Punjabi:** ਅਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸਾਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਢੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਵੇਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਜ਼ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਛੇਨ ਕਰੋ। TTYਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਛੇਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы всегда в часы работы обеспечиваем Вас услугами устного переводчика, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Чтобы получить ответы на свои вопросы о нашем страховом покрытии услуг здравоохранения, Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика. Вы также можете запросить бесплатный перевод материалов на Ваш язык. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Ofrecemos servicios de traducción al español sin costo alguno para usted durante todo el horario de atención, 24 horas al día, siete días a la semana. Puede contar con la ayuda de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestra cobertura de atención médica. Además, puede solicitar que los materiales se traduzcan a su idioma sin costo alguno. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, siete días a la semana (cerrado los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na mga serbisyo ng tagasalin ng wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, sa lahat oras ng trabaho. Makakatulong ang tagasalin ng wika sa pagsagot sa mga tanong mo tungkol sa iyong coverage sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari kang humingi ng mga babasahin na isinalin sa iyong wika nang wala kang babayaran. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** เรารับบริการล่ามฟรีสำหรับคุณตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันตลอดชั่วโมงทำการ ของเรามีความสามารถให้ลามช่วยตอบค่าถามของคุณที่เกี่ยวกับความคุ้มครองการ ดูแลสุขภาพของเราและคุณยังสามารถขอให้มีการแปลเอกสารเป็นภาษาที่คุณใช้ได้ โดยไม่มีการคิดค่าบริการเพียงโทรศัพท์เราที่หมายเลข **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปีดให้บริการในวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่ **711**

**Chinese:** 我們每週 7 天，每天 24 小時在所有營業時間內免費為您提供口譯服務。您可以請口譯員協助回答有關我們健康保險的問題。您也可以免費索取翻譯成您所用語言的資料。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日 休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Vietnamese:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, trong tất cả các giờ làm việc. Quý vị có thể được thông dịch viên giúp trả lời thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu được cấp miễn phí tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị. Chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.