KAISER PERMANENTE® : FAMILY RELIEF RESOURCES - $1000 DC **Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de plan: PPO**

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

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte https://kp.org/plandocuments (haga clic en "Español") o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad aprobada, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/es/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	Proveedor dentro de la red: $1,000 por individuo/$3,000 por familia Proveedor fuera de la red: $3,000 por individuo/$9,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que pagan todos los miembros alcance el deducible total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Proveedor dentro de la red: $5,000 por individuo/$15,000 por familia Proveedor fuera de la red : $9,000 por individuo/$27,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos por facturación de saldo, la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte www.kp.org/espanol o llame al 1-866-616-0047 (TTY: 711) para obtener una lista de los proveedores de la red.	Pagará lo mínimo si acude con un proveedor que esté incluido en el nivel de proveedores dentro de la red. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo).
¿Necesita un referido para consultar a un especialista?	Sí, pero puede autorreferirse a ciertos especialistas.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de ver al especialista.

⚠ Todos los copagos y coseguros que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica un deducible.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor dentro de la red (IN) (usted pagará el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera de la red (OON) (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Beneficio mejorado: $25 por consulta, el deducible no se aplica. De otro modo: $45 por consulta, el deducible no aplica.	Coseguro del 40 %.	$5 por visita; el deducible no se aplica a las 3 primeras consultas ambulatorias combinadas para servicios de atención primaria, salud mental o del comportamiento, abuso de sustancias ni a otras consultas calificadas.
	Consulta con un especialista	Beneficio mejorado: $35 por consulta, el deducible no se aplica. De otro modo: $55 por consulta, el deducible no se aplica.	Coseguro del 40 %.	Ninguno
	Atención preventiva/ evaluación/ vacuna	Sin costo, el deducible no se aplica	Coseguro del 40 %.	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	Radiografía: $25 por consulta, el deducible no se aplica Pruebas de laboratorio: $25 por consulta, el deducible no se aplica.	Coseguro del 40 %.	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	$100 por consulta, el deducible no se aplica.	Coseguro del 40 %.	Algunos servicios requieren autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor dentro de la red (IN) (usted pagará el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera de la red (OON) (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados visite www.kp.org/formulary (haga clic en "Español").	Medicamentos genéricos	Beneficio mejorado: $10 (al por menor) y $20 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica. De otro modo: $20 (al por menor) y $60 (pedido por correo), por medicamento recetado, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) o hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos. Es posible que algunos medicamentos requieran autorización previa.
	Medicamentos de marca preferidos	Beneficio mejorado: $30 (al por menor), $60 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica. De otro modo: $50 (al por menor), $150 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) o hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos. Es posible que algunos medicamentos requieran autorización previa.
	Medicamentos de marca no preferidos	Beneficio mejorado: $60 (al por menor), $120 (pedido por correo) por medicamento recetado, el deducible no se aplica. De otro modo: $90 (al por menor), $270 (pedido por correo), por medicamento recetado, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) o hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
	Medicamentos de especialidad	Beneficio mejorado: 50 % (al por menor), el deducible no se aplica. De otro modo: 50% (al por menor) por medicamento recetado, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor dentro de la red (IN) (usted pagará el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera de la red (OON) (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
	Tarifas del médico/ cirujano	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Ninguno
	Atención de urgencia	Beneficio mejorado: $45 por consulta, el deducible no se aplica. De otro modo: $90 por consulta, el deducible no se aplica.	Coseguro del 40 %.	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
	Tarifas del médico/ cirujano	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Beneficio mejorado: $25 por consulta, el deducible no se aplica. De otro modo: $45 por consulta, el deducible no aplica.	Coseguro del 40 %.	$5 por visita; el deducible no se aplica a las 3 primeras consultas ambulatorias combinadas para servicios de atención primaria, salud mental o del comportamiento, abuso de sustancias ni a otras consultas calificadas.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor dentro de la red (IN) (usted pagará el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera de la red (OON) (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el deducible no se aplica	Coseguro del 40 %.	Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago, coseguro o deducible. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Ninguno
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Ninguno
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Límite de 130 consultas por año. Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
	Servicios de rehabilitación	Beneficio mejorado: $35 por consulta, el deducible no se aplica. De otro modo: paciente ambulatorio: $55 por consulta, el deducible no se aplica. Paciente hospitalizado: coseguro del 20 %.	Paciente ambulatorio: Coseguro del 40 % Paciente hospitalizado: Coseguro del 40 %	Paciente ambulatorio: Límite de 20 visitas por año por terapia. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
	Servicios de habilitación	Beneficio mejorado: $35 por consulta, el deducible no se aplica. De otro modo: $55 por consulta, el deducible no se aplica.	Coseguro del 40 %.	Límite de 20 consultas por año por terapia. Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Se limita a 100 días por año. Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %.	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos. Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin costo, el deducible no se aplica	Sin costo, el deducible no se aplica	Se requiere autorización previa. Proveedor fuera de la red: No cumplir con el requisito de autorización previa dará como resultado la denegación de las reclamaciones.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor dentro de la red (IN) (usted pagará el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera de la red (OON) (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	$25 por consulta para un examen de optometría, el deducible no se aplica.	Coseguro del 40 % por examen de optometría	Ninguno
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguno
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguno

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

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

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

- Acupuntura (se limita a 12 visitas por año)
- Atención quiropráctica (se limita a 20 consultas por año)
- Audífonos (menores de 26 años: 1 audífono por oído cada 36 meses)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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

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

Servicios para miembros de Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices (haga clic en "Español")
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de Oregón	1-888-877-4894 o https://dfr.oregon.gov/
Departamento de Seguros de Washington	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito tributario de la prima.

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

Servicio de acceso a idiomas:
SPANISH (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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

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

PENNSYLVANIA DUTCH (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

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

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

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

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

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

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$1,000**
- **Copago para el especialista** **$35**
- **Coseguro del hospital (centro de atención)** **20 %**
- **Otro copago (análisis de sangre)** **$25**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Pruebas diagnósticas *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$200
Coseguro	$1,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$2,760**

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

- **El deducible general del plan** **$1,000**
- **Copago para el especialista** **$35**
- **Coseguro del hospital (centro de atención)** **20 %**
- **Otro copago (análisis de sangre)** **$25**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$700
Coseguro	$10
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$710**

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

- **El deducible general del plan** **$1,000**
- **Copago para el especialista** **$35**
- **Coseguro del hospital (centro de atención)** **20 %**
- **Otro copago (radiografía)** **$25**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Pruebas diagnósticas *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$300
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,500**

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

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Brinda a las personas con discapacidad modificaciones razonables y servicios y dispositivos auxiliares adecuados sin costo alguno para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
    - intérpretes calificados de lengua de señas;
    - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
    - intérpretes calificados;
    - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Si cree que Kaiser Health Plan no le brindó estos servicios o le discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de Derechos Civiles puede brindársela. Puede comunicarse con el coordinador de Derechos Civiles al:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Fax: **1-855-347-7239**

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Puede encontrar los formularios de quejas en **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Para miembros de Washington:
También puede presentar una queja informal ante la Oficina del Comisionado de Seguros (Insurance Commissioner) del Estado de Washington de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros disponible en **https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status**, o por teléfono al **1-800-562-6900** o **360-586-0241** (TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en **https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx**.

Este aviso está disponible en **https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice** (cambie el idioma a español).

Help in Your Language

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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