福利和承保範圍摘要 (SBC) 將有助於您挑選一項健康保險計劃。SBC可指明您和計劃將如何分攤所承保醫療服務的費用。注：有關本計劃的費用（稱為保險費）將另行提供。

這僅是一個摘要。有關您承保範圍更多的信息，或取得承保範圍完整條款的副本，請造訪www.kp.org/plandocuments或撥打1-800-278-3296（TTY用戶請撥711）。對於常用術語的一般定義，如允許的金額、餘額計費、共同保險、共付額、自付額、提供者，或其他劃線的術語，請參閱詞彙表。您可以在www.HealthCare.gov/sbc-glossary瀏覽詞彙表，或致電1-800-278-3296（TTY用戶請撥711）索取一個副本。

重要的問題	答案	為什麼這個重要：
自付額的總數是多少？	個人**$250**/家庭**$500**	一般而言，您必須支付提供者的所有費用直到滿足自付額之後，計劃才開始支付。如果這個計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須滿足其個人自付額，直到所有家庭成員支付的自付額總額達到家庭的自付額總數。
在您滿足自付額之前，是否有受承保的服務？	**是。**請參閱從第2頁開始的圖表瞭解預防性護理和服務。	這個計劃承保一些項目和服務，即使您尚未滿足自付額的金額。但是，共付額或共同保險可能適用。例如，這個計劃承保特定的預防性服務，不需要費用分攤並可在您滿足自付額之前給付。請參閱承保的預防性服務清單：https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/。
是否有其他特定服務的自付額？	**否。**	對於特定服務，您無需滿足自付額。
這個計劃自掏腰包的極限是多少？	個人**$7,800**/家庭**$15,600**	自掏腰包的極限是一年之內您為承保服務支付的最高金額。如果這個計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須滿足其個人自掏腰包的極限，直到滿足整個家庭的自掏腰包的極限。
哪些是不包括在自掏腰包的極限之內？	請參閱從第2頁開始的圖表瞭解保費、這個計劃不承保的醫療護理，以及服務。	雖然您支付這些費用，但它們並不算在自掏腰包的極限之內。
如果您使用網絡內提供者，您會少付嗎？	**是。**請造訪www.kp.org或致電1-800-278-3296（TTY用戶請撥711）索取一份網絡內提供者的名單。	本計劃使用一個提供者的網絡。如果您使用本計劃網絡內的提供者，您將支付得比較少。如果您使用一個非網絡內的提供者，您將支付得最多，同時您可能收到來自於提供者的帳單針對提供者的收費和您的計劃所支付之間的差額（餘額計費）。請注意，您的網絡內的提供者可能會使用一個非網絡內的提供者來提供某些服務（如化驗服務）。在接受服務之前，請先和您的提供者查證。
您需要轉診去看專科醫師嗎？	**是**，但是您可以自己轉診去看某些專科醫師。	僅當您去看專科醫師之前取得轉診單，本計劃方會支付部分或全部專科醫師提供的承保服務的費用。

本圖表中顯示的所有共付額和共同保險的費用均基於您已經滿足了自付額，如果自付額適用的話。

常見的醫療事件	您可能需要的服務	您將支付多少		限制，例外，以及其他重要的資訊
		網絡內提供者（您將付得最少）	非計劃提供者（您將付得最多）	
如果您造訪醫療保健提供者的辦公室或診所	一般護理門診治療受傷或疾病	每次就診$25，自付額不適用	不承保	無
	專科醫師門診	每次就診$50，自付額不適用	不承保	無
	預防性護理/篩查/接種疫苗	不收費，自付額不適用	不承保	您可能需要支付非預防性服務。詢問您的提供者您需要的是否是預防性服務。然後查看您的計劃將支付哪些。
如果您有個檢驗	診斷檢驗（X-光，驗血）	x-光：每次診查$65 化驗：每次診查$25。 自付額不適用	不承保	無
	成像（CT/PET掃描，核磁共振成像）	每次醫療程序$275，自付額不適用	不承保	無
如果您需要藥物來治療疾病或狀況 關於處方藥物保險的更多資訊可造訪 www.kp.org/formulary	仿製藥（第1等級）	$15/處方藥物（零售）， $30/處方藥物（郵購）。 自付額不適用	不承保	最多30天零售供藥或100天郵購供藥。 女性避孕藥不收費，自付額不適用。 依照處方指南。
	首選原廠藥物（第2等級）	$50/處方藥物（零售）， $100/處方藥物（郵購）。 自付額不適用	不承保	最多30天零售供藥或100天郵購供藥。 女性避孕藥不收費，自付額不適用。 依照處方指南。
	非首選原廠藥物（第2等級）	$50/處方藥物（零售）， $100/處方藥物（郵購）。 自付額不適用	不承保	根據本計劃，非首選原廠藥物的費用分攤與透過處方例外程序批准的首選原廠藥物（第2等級）的費用分攤相一致。
	特種藥物（第4等級）	每次處方藥物的共同保險為20%，最高達到$250， 自付額不適用。	不承保	最多30天供藥。依照處方指南。

常見的醫療事件	您可能需要的服務	您將支付多少		限制，例外，以及其他重要的資訊
		網絡內提供者（您將付得最少）	非計劃提供者（您將付得最多）	
如果您有門診手術	設施費（例如，門診手術中心）	每次醫療程序$340，自付額不適用	不承保	無
	醫師/外科醫生費用	不適用	不承保	醫師/外科醫生費用包含於設施費內。
如果您需要立即就醫	急診室護理	每次就診$250	每次就診$250	住院患者可豁免共付額。
	緊急醫療運輸	每次運輸$250	每次運輸$250	無
	緊急護理	每次就診$25，自付額不適用	每次就診$25，自付額不適用	您在服務區外由非計劃提供者提供的診治也將受保。
如果您需要住院	設施費用（例如，醫院病房）	每天$600，最多5天，之後不收費。	不承保	無
	醫師/外科醫生費用	不適用	不承保	醫師/外科醫生費用包含於設施費內。
如果您需要心理健康，行為健康，或物質濫用服務	門診服務	每次個人就診$25，自付額不適用。其他門診服務每天$25，自付額不適用。	不承保	每次團體就診$12，自付額不適用
	住院服務	每天$600，最多5天，之後不收費。	不承保	無
如果您是孕婦	辦公室門診	不收費，自付額不適用	不承保	根據服務類型，共付額、共同保險或自付額可能適用。產婦護理可能包括SBC中其他地方所描述的檢驗和服務（即超音波）。
	分娩/生產專業服務	不適用	不承保	專業服務包含於設施費內。
	分娩/生產設施服務	每天$600，最多5天，之後不收費。	不承保	無

常見的醫療事件	您可能需要的服務	您將支付多少		限制，例外，以及其他重要的資訊
		網絡內提供者（您將付得最少）	非計劃提供者（您將付得最多）	
如果您需要幫助恢復或有其他特殊健康需求	家庭醫療保健	每次就診$30，自付額不適用。	不承保	每次就診最多不得超過2小時，每天就診最多不得超過3次，每年就診最多不得超過100次。
	康復服務	住院患者：每天$600，最多5天，之後不收費。門診患者：每次就診$25，自付額不適用。	不承保	無
	培建服務	住院患者：每天$600，最多5天，之後不收費。門診患者：每次就診$25，自付額不適用。	不承保	無
	專業護理	每天$300，最多5天，之後不收費。	不承保	每個福利期最多100天。
	耐用醫療設備	20%共同保險，自付額不適用。	不承保	某些項目每年的補充福利限額為$2,000。需要事先授權。
	臨終關懷服務	不收費，自付額不適用。	不承保	無
如果您的小孩需要牙科或眼科護理	小孩的眼睛檢查	不收費，自付額不適用。	不承保	無
	小孩的眼鏡	不收費，自付額不適用。	不承保	每年最多提供一副限定框架和鏡片的眼鏡。
	小孩的牙齒檢查	不承保	不承保	無

排除的服務及其他承保的服務：

您的計劃一般不承保的服務（欲知更多訊息和其他任何排除的服務的清單，請查閱您的保單或計劃文件。）

- 脊椎護理
- 整容手術
- 牙科護理（成人和小孩）
- 助聽器
- 長期護理
- 在美國以外旅行的非緊急護理
- 私人護理
- 常規足部護理
- 減肥計劃

其他承保的服務（這些服務可能有所限制。這不是一個完整的清單。請查閱您的計劃文件。）

- 墮胎
- 針灸（轉診的計劃提供者）
- 減肥手術
- 不孕不育治療
- 常規眼部護理（成人）

您續保的權利：在您的保險結束後，如果您想要續保，有些經辦機構可以幫助您。這些機構的聯絡資訊如下圖所示。其他保險的選項也可以提供給您，包括透過健保商場Marketplace購買個人保險。欲瞭解更多有關Marketplace的資訊，請造訪www.HealthCare.gov或致電1-800-318-2596。

您的投訴和申訴權利：如果您對您的計劃否決了索賠而有所抱怨的話，有些機構可以幫助您。這種抱怨被稱為投訴或申訴。有關您權利的更多訊息，請查閱您將收到的該醫療索賠的福利說明。您的計劃文件還提供完整的資訊，關於如何提出索賠、申訴，或投訴任何對於您的計劃不滿的理由。有關您的權利、本通知或協助的更多的訊息，請聯絡下圖所示的機構。

您續保的權利和您的投訴和申訴權利的聯絡方式：

Kaiser Permanente會員服務部	1-800-278-3296（TTY用戶請撥711），www.kp.org/memberservices
勞工部勞工權益安全委員會	1-866-444-3272， www.dol.gov/ebsa/healthreform
衛生及公眾服務部，消費者信息和保險監督中心	1-877-267-2323 x61565， www.cciio.cms.gov
加州保險局	1-800-927-4357， www.insurance.ca.gov
加州保健計劃管理局	1-888-466-2219， www.healthhelp.ca.gov/

本計劃是否提供最低基本承保範圍？是
如果您長達一個月沒有最低基本健保範圍，您在申報納稅時將必須繳納付款，除非您有當月豁免健康保險要求的資格。

本計劃是否滿足最低價值標準？是
如果您的計劃不符合最低價值標準，您可能有資格得到一項保費稅收抵免，以幫助您透過Marketplace購買一個計劃。

語言接通服務：
西班牙文 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

菲律賓語 (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)

印地安部落文 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

查看本計劃如何可能涵蓋樣本醫療狀況的費用，請參閱下一節。

有關這些保險的範例：

這不是一個費用估算工具。所顯示的治療僅為本計劃可能承保醫療護理的例子。您實際的費用會有所不同，這取決於您實際接受的護理，提供者收取的費用，以及許多其他因素。著眼於計劃下費用分攤的金額（自付額，共付額和共同保險）以及排除的服務。使用本訊息來比較在不同的健康保險計劃下您可能應支付費用的部分。請注意，這些保險的例子僅限於自身投保。

佩琪要生小孩了
（9個月的網絡內產前護理和住院生產）

- **該計劃的總自付額** $250
- **專科醫師共付額** $50
- **醫院（設施）共付額** $600
- **其他（驗血）共付額** $25

本事件範例所包括的服務如：

專科醫師門診（產前護理）
分娩/生產專業服務
分娩/生產設施服務
診斷檢驗（超音波和驗血）
專科醫師門診（麻醉）

範例總費用	**$12,800**
在本範例中，佩琪應支付：	
費用分攤	
自付額	$250
共付額	$900
共同保險	$0
沒有承保的為	
限制或排除的	$60
佩琪應支付的總金額為	**$1210**

管理喬的第二類型糖尿病
（一年網絡內例行控制良好狀況下的護理）

- **該計劃的總自付額** $250
- **專科醫師共付額** $50
- **醫院（設施）共付額** $600
- **其他（驗血）共付額** $25

本事件範例所包括的服務如：

一般護理醫師門診（包括疾病教學）
診斷檢驗（驗血）
處方藥物
耐用醫療設備（血糖測驗器）

範例總費用	**$7,400**
在本範例中，喬應支付：	
費用分攤	
自付額	$0
共付額	$1600
共同保險	$200
沒有承保的為	
限制或排除的	$50
喬應支付的總金額為	**$1850**

米雅的輕微骨折
（網絡內急診室門診和後續治療）

- **該計劃的總自付額** $250
- **專科醫師共付額** $50
- **醫院（設施）共付額** $600
- **其他（X-光）共付額** $65

本事件範例所包括的服務如：

急診室護理（包括醫療用品）
診斷檢驗（X-光）
耐用醫療設備（拐杖）
康復服務（物理治療）

範例總費用	**$1,900**
在本範例中，米雅應支付：	
費用分攤	
自付額	$250
共付額	$800
共同保險	$10
沒有承保的為	
限制或排除的	$0
米雅應支付的總金額為	**$1060**

本計劃將負責這些範例所承保服務的其他費用。

Nondiscrimination Notice

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. Auxiliary aids and services for individuals with disabilities 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. You may request materials translated in your language, and may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs at no cost to you. 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. 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 dispute-resolution options that apply to you. This is especially important if you are a Medicare, Medi-Cal, MRMIP, Medi-Cal Access, FEHBP, or CalPERS member because you have different dispute-resolution 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* or the facility directory on our website at **kp.org** for addresses)
- By mailing your written grievance to a Member Services office at a Plan Facility (please refer to *Your Guidebook* or the facility directory on our website at **kp.org** 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**

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* 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, 800–537–7697 (TDD). Complaint forms are available at *hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horasdel día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) o Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en Su Guía o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en Su Guía o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en *ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (en inglés)* o por correo postal o por teléfono a: 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 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en *hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés)*.

無歧視公告

Kaiser Permanente 禁止以年齡、人種、族裔、膚色、原國籍、文化背景、血統、宗教、性別、性別認同、性別表達、性取向、婚姻狀況、生理或心理殘障、付款來源、遺傳資訊、公民身份、主要語言或移民身份為由而歧視任何人。

會員服務聯絡中心每週七天每天 24 小時提供語言協助服務（節假日除外）。本機構在全部營業時間內免費為您提供口譯，包括手語服務，以及殘障人士輔助器材和服務。我們還可為您和您的親友提供使用本機構設施與服務所需要的任何特別協助。您還可免費索取翻譯成您的語言的資料，以及符合您需求的大號字體或其他格式的版本。若需更多資訊，請致電 **1-800-757-7585**（TTY 專線使用者請撥 **711**）。

申訴指任何您或您的授權代表透過申訴程序來表達不滿的做法。例如，如果您認為自己受到歧視，即可提出申訴。若需瞭解適用於自己的爭議解決選項，請參閱《承保範圍說明書》*(Evidence of Coverage)*或《保險證明書》*(Certificate of Insurance)*，或咨詢會員服務代表。如果您是 Medicare、MediCal、高風險醫療保險計劃 (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP)、Medi-Cal Access、聯邦僱員健康保險計劃 (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) 或 CalPERS 會員，採取上述行動尤其重要，因為您可能有不同的爭議解決選項。

您可透過以下方式提出申訴：

- 在健康保險計劃服務設施的會員服務處填寫《投訴或福利索賠/申請表》（地址見《健康服務指南》(Your Guidebook) 或我們網站 **kp.org** 上的服務設施名錄）
- 將書面申訴信郵寄到健康保險計劃服務設施的會員服務處（地址見《健康服務指南》或我們網站 **kp.org** 上的服務設施名錄）
- 致電我們的會員服務聯絡中心，免費電話號碼是 **1-800-757-7585**（TTY 專線請撥 **711**）
- 在我們的網站上填寫申訴表，網址是 **kp.org**

如果您在提交申訴時需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心。

涉及人種、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障歧視的一切申訴都將通知 Kaiser Permanente 的民權事務協調員。您也可與 Kaiser Permanente 的民權事務協調員直接聯絡，地址：One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612。

您還可以電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站向美國健康與公共服務部民權辦公室提出民權投訴，網址是 *ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf* 或者按照如下資訊採用郵寄或電話方式聯絡：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）。投訴表可從網站 *hhs.gov/ocr/office/file/index.html* 下載。

NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Arabic: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات مهمة من Kaiser Permanente. إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم هذه المعلومات، يرجى الاتصال على الرقم **1-800-464-4000** وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء أيام العطلات الرسمية.

Armenian: Սա կարևոր տեղեկություն է «Kaiser Permanente»-ից: Եթե այս տեղեկությունը հասկանալու համար Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով և օժանդակություն ստանալ լեզվի հարցում: Զանգահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ բացի տոն օրերից:

Chinese: 這是來自 Kaiser Permanente 的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電 **1-800-757-7585** 尋求語言協助。我們每週 7 天，每天 24 小時皆提供協助（節假日休息）。

Farsi: این اطلاعات مهمی از سوی Kaiser Permanente می باشد. اگر در فهمیدن این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره **1-800-464-4000** تماس گرفته و برای امداد زبانی درخواست کنید. کمک و راهنمایی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل موجود است.

Hindi: यह Kaiser Permanente की ओर से महत्वपूर्ण सूचना है। यदि आपको इस सूचना को समझने के लिए मदद की जरूरत है, तो कृपया **1-800-464-4000** पर फोन करें और भाषा सहायता के लिए पूछें। सहायता छुट्टियों को छोड़कर, सप्ताह के सातों दिन, दिन के 24 घंटे, उपलब्ध है।

Hmong: Qhov xov xwm no tseem ceeb los ntawm Kaiser Permanente. Yog koj xav tau kev pab kom nkag siab cov xov xwm no, thov hu rau **1-800-464-4000** thiab thov kev pab txhais lus. Muaj kev pab 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg, tsis xam cov hnub caiv.

Japanese: Kaiser Permanente から重要なお知らせがあります。この情報を理解するためにヘルプが必要な場合は、 **1-800-464-4000** に電話して、言語サービスを依頼してください。このサービスは年中無休（祝祭日を除く）でご利用いただけます。

Khmer:នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ មកពី Kaiser Permanente។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឲ្យបានយល់ដឹងព័ត៌មាននេះ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-464-4000** និងស្នើសុំជំនួយខាងភាសា។ ជំនួយគឺមាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។

Korean: 본 정보는 Kaiser Permanente 에서 전하는 중요한 메시지입니다. 본 정보를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **1-800-464-4000** 번으로 전화해 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 요일 및 시간에 관계없이 언제든지 도움을 제공해 드립니다(공휴일 제외).

Laotian: ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນສຳຄັນຈາກ Kaiser Permanente. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະຣຸນາໂທຣ **1-800-464-4000** ແລະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອມີໃຫ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ບໍ່ລວມວັນພັກຕ່າງໆ.

Navajo: Díí éí hane’ bíhólníihii át’éego Kaiser Permanente yee nihalne’. Díí hane’ígíí doo hazhó’ó bik’i’diitɬįhgóó t’áá shǫǫdí koji’ hodíílnih **1-800-464-4000** áko saad bee áká i’iilyeed yídííkił. Kwe’é áká aná’álwo’ t’áá áłahjį’ naadiindzį́’ ahéé’ílkidgóó dóó tsosts’id jį́ ąą’át’é. Dahodílzingóne’ éí dá’deelkaal.

Punjabi: ਇਹ Kaiser Permanente ਵਲੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-800-464-4000** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪੁੱਛੋ। ਮਦਦ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ ਮੌਜੂਦ ਹੈ।

Russian: Это важная информация от Kaiser Permanente. Если Вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните по номеру **1-800-464-4000** и попросите предоставить Вам услуги переводчика. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, кроме праздничных дней.

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Tagalog: Ito ay importanteng impormasyon mula sa Kaiser Permanente. Kung kailangan ninyo ng tulong para maunawan ang impormasyong ito, mangyaring tumawag sa **1-800-464-4000** at humingi ng tulong kaugnay sa lengguwahe. May makukuhang tulong 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, maliban sa mga araw na pista opisyal.

Thai: นี่เป็นข้อมูลสำคัญจาก Kaiser Permanente หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ กรุณาโทรไปยังหมายเลข **1-800-464-4000** เพื่อขอความช่วยเหลือด้านภาษา สามารถโทรติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ยกเว้นวันหยุดเทศกาล.

Vietnamese: Đây là thông tin quan trọng từ Kaiser Permanente. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông tin này, vui lòng gọi số **1-800-464-4000** và yêu cầu được cấp dịch vụ về ngôn ngữ. Quý vị sẽ được giúp đỡ 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, trừ ngày lễ.

This page is intentionally left blank.