

Encuentre la atención que necesita

Con cuidados que se enfocan completamente en usted



Encuentre su versión más saludable

Le ayudamos a encontrar la atención que necesita, siempre. La atención en Kaiser Permanente es más sencilla y ágil gracias a la conexión entre los cuidadores, los canales de atención adicionales y el apoyo destinado a la salud de la mente, el cuerpo y el espíritu. Le damos la bienvenida a los cuidados enfocados completamente en usted.

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS:

Acceso sencillo a la atención personalizada	3
Calidad destacada en el sector	6
Proceso de inscripción simplificado	7
Beneficios adicionales para los miembros	8
Nuestros médicos y centros de atención	9
Planes de PPO	17
Su salud es nuestra causa	20
Hospitalizaciones	21
Certificación previa	22

¿Necesita hablar con alguien? Podemos ayudarlo.

Un especialista en inscripciones de Kaiser Permanente puede responder sus preguntas, como dónde recibir atención médica o qué beneficios extra están incluidos. Llame al **1-800-514-0985** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.





Los planes HMO de Kaiser Permanente están diseñados para simplificarle la vida

Kaiser Permanente combina atención y cobertura, lo que nos diferencia de otras opciones de atención médica. Los médicos, hospitales y planes de salud trabajan en conjunto para facilitar el acceso a una atención médica excepcional. De esta manera, la atención para lograr una salud integral estará garantizada, siempre que la necesite, tanto en el consultorio del médico como en la sala de estar de su hogar. Ingrese a kp.org/destinosalud para saber cuáles son los beneficios de ser miembro.

“Valoro mucho que la atención esté coordinada. Como todos los médicos y especialistas pueden acceder a mi información médica, no tengo que perder tiempo en repetir mis antecedentes de salud”.

—Lisa, miembro de Kaiser Permanente

Atención centrada en usted

En Kaiser Permanente, la atención es personalizada. Nuestros equipos dirigidos por médicos colaboran para garantizar que reciba la atención que necesita. Su equipo de atención médica está conectado con su historia clínica electrónica. Esto facilita compartir información, consultar sus antecedentes de salud y brindarle atención personalizada y de alta calidad, cuando y donde la necesite.

La atención que necesita debe adaptarse completamente a usted

Creemos que la historia, el entorno y los valores de cada persona son tan importantes como sus antecedentes de salud. Para brindar una atención que se adapte a su cultura, etnia y estilo de vida, hacemos lo siguiente:

- Contratamos médicos y personal que hablen más de un idioma.
- Ofrecemos servicios de interpretación por teléfono en más de 150 idiomas.
- Ayudamos a mejorar los resultados de salud entre las diversas poblaciones de miembros para condiciones médicas, como la presión arterial alta, la diabetes y el cáncer de colon.¹

Reciba una atención ágil gracias a su historia clínica electrónica



Comparta sus antecedentes de salud y cualquier duda con su médico personal.



Su médico coordina su atención, así que usted no tiene que preocuparse de dónde ir o a quién llamar después.



Los profesionales médicos que lo atenderán en el futuro disponen de todos sus antecedentes de salud, así que no tendrá que repetir esa información.



Con su historia clínica a la mano, su equipo de atención sabe lo que necesita en todo momento y puede recordarle que se haga exámenes médicos o pruebas. Además, usted puede ver su historia clínica en cualquier momento.

Maneras convenientes de recibir atención

Ofrecemos citas el mismo día, al día siguiente y los fines de semana en la mayoría de los centros de atención, además de consultas por teléfono y por video.²



Acuda a consultas en persona, en un centro de atención cercano.



Hable con un profesional del cuidado de la salud por teléfono o por video.²



Atención virtual a su alcance las 24 horas del día

Si no puede acudir al consultorio del médico, es muy fácil recibir ayuda de manera rápida y personalizada: de día, de noche, a toda hora.

- Programe consultas por teléfono o video con un médico o un profesional clínico de salud.²
- Reciba consejos médicos por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Envíe correos electrónicos al consultorio de su médico de Kaiser Permanente cuando tenga preguntas que no sean urgentes.
- Responda el cuestionario de consultas electrónicas para recibir consejos de atención personalizada para ciertas afecciones, hacer pedidos de diversas pruebas y obtener algunas recetas médicas en línea.
- Hable por chat en vivo con un profesional clínico de salud de Kaiser Permanente para obtener consejos.

Al conectarse con la atención de manera virtual, puede ahorrar tiempo y dinero. La mayoría de los planes incluyen los servicios de telesalud sin costo.³



Envío de medicamentos recetados

Surta los medicamentos recetados en línea o con la aplicación de Kaiser Permanente.⁴

- Reciba la mayoría de los medicamentos recetados directamente en la puerta de su casa.
- Solicite la entrega el mismo día o al siguiente por un costo adicional.⁵
- Haga un pedido y recójalo el mismo día.



Aplicación de Kaiser Permanente

Con nuestra aplicación, administre lo relacionado con su salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Es una manera sencilla y conveniente de hacer todo lo que describimos anteriormente, en cualquier momento y lugar.⁶

Cómo obtener atención cuando viaja

Cuenta con cobertura para atención de urgencia y de emergencia en cualquier lugar del mundo. Si planea viajar, podemos ayudarlo a mantenerse al día con su salud cuando esté lejos de casa. Le ayudaremos si necesita aplicarse vacunas, volver a surtir medicamentos recetados y mucho más.



Calidad clínica destacada en el sector

Somos conocidos por nuestra capacidad para detectar problemas mediante la atención preventiva. Pero si necesita atención de mayor complejidad, contará con atención especializada de primera clase.

En 2021, Kaiser Permanente tuvo el mejor desempeño nacional en 42 medidas para determinar la eficacia de la atención. El competidor nacional más cercano solamente lo tuvo en 14 de ellas.⁷

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES



Atención especializada cuando la necesite

Sea cual sea la atención que necesita –salud mental, maternidad, atención del cáncer, salud del corazón y más–, tendrá acceso a médicos excelentes, tecnología avanzada y atención basada en evidencia para ayudarle a recuperarse rápidamente.

Un enfoque integral de la atención

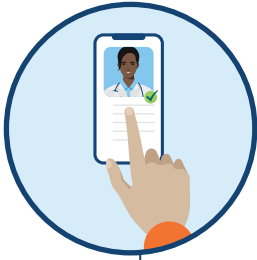
Con uno de los grupos médicos interdisciplinarios más grandes del país, podemos conectarlo con un especialista altamente capacitado, quien creará un plan personalizado para su atención. Para conocer cómo los especialistas se valen de un sistema conectado para poder trabajar en conjunto, ingrese a kp.org/atencionespecializada.

Apoyo para las enfermedades crónicas

Si tiene una afección como diabetes o enfermedad del corazón, lo inscribirán automáticamente en un programa de manejo de enfermedades en el que recibirá apoyo y asesoramiento personal. Con un enfoque integral respaldado por las mejores prácticas comprobadas y tecnología avanzada, le ayudaremos a obtener la atención que necesita para seguir viviendo la vida al máximo.

Una mejor experiencia desde el primer momento

Lo guiamos en cada paso del proceso para que se una a Kaiser Permanente y reciba la atención que necesita, sin demoras.



Analice perfiles para encontrar al médico adecuado

Con los perfiles de los médicos en línea, puede consultar la amplia lista de profesionales y centros disponibles en su área, incluso antes de inscribirse. Así puede inscribirse sabiendo que ha encontrado un médico con quien usted se siente cómodo.



Intégrese a Kaiser Permanente de manera sencilla

Transfiera sus recetas médicas fácilmente y haga una cita con un médico que atienda cerca de su casa, trabajo o escuela. Desde el primer día, tendrá la ayuda necesaria para alcanzar sus metas de salud.



Conéctese con la atención en línea

Después de inscribirse, cree una cuenta en kp.org/espanol o descargue la aplicación de Kaiser Permanente. Luego, administre su atención cuando y donde lo desee, y a la hora que le sea más conveniente.

La atención médica no tiene por qué ser un tema complicado

No se preocupe si no sabe distinguir una organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization*, HMO) de una cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account*, HAS); les pasa a muchas personas. Nosotros le ayudamos a entender cómo funciona la atención médica. Ingrese a kp.org/infobasica para leer información básica.



Cómo aprovechar su membresía al máximo

Mantenerse saludable va más allá de la consulta al médico. Para encontrar la atención que necesita, explore algunas de las opciones convenientes y de los beneficios extra que los miembros tienen a su alcance.⁸ Muchos de estos recursos no tienen costo adicional.



Acupuntura, terapia de masajes, atención quiropráctica

Aproveche precios reducidos para servicios que le ayudan a mantenerse sano.



Precios reducidos para membresías de gimnasios

Inscríbase en un gimnasio local para mantenerse activo y aproveche los miles de videos de ejercicios digitales.



Programas para un estilo de vida saludable

Mejore su salud con programas en línea que le ayudarán a perder peso, dejar de fumar, reducir el estrés y mucho más.



Asesoría de bienestar

Hable por teléfono con un asesor de bienestar de manera personalizada para que le ayude a alcanzar sus metas de salud.

Más recursos para su salud integral



Los miembros pueden usar la meditación y la atención plena para fortalecer la resiliencia mental, reducir el estrés y mejorar la calidad del sueño.



Los miembros pueden definir metas de salud mental, llevar cuenta de sus avances y recibir ayuda para controlar la depresión, la ansiedad y más.



Elija entre miles de videos de ejercicios al instante y obtenga precios reducidos para clases en persona y mediante transmisiones en vivo.

Atención dondequiera que esté

Los miembros de Kaiser Permanente obtienen acceso a nuestros médicos y centros de atención, ubicados convenientemente cerca de lugares donde viven, trabajan y disfrutan de su tiempo libre. Además, cuando no pueda acudir a nuestros centros de atención, podrá obtener la atención de manera virtual o recibir la mayoría de los medicamentos en su hogar.

117.8 MILLONES
DE ENCUENTROS VIRTUALES

entre miembros y equipos de atención en 2021⁹



12.6 MILLONES
DE MIEMBROS



con cobertura para cuestiones relacionadas con la mente y el cuerpo

23,656



MÉDICOS Y ESPECIALISTAS

conectados para compartir con facilidad los avances médicos más recientes

42.5 MILLONES
DE ENVÍOS DE MEDICAMENTOS



a hogares de miembros en 2021

773

HOSPITALES Y CONSULTORIOS MÉDICOS



que ofrecen muchos servicios, a menudo en un mismo lugar, para que pueda hacerlo todo en menos tiempo

9

REGIONES



para recibir atención en persona en centros de Kaiser Permanente: California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y Washington D. C.

Una amplia selección de médicos y centros

Ingrese a kp.org/medicos para ver todos los centros de Kaiser Permanente cercanos a usted y para analizar los perfiles de los médicos en línea. Puede elegir un médico personal y cambiarlo en cualquier momento, por cualquier motivo.



1. En Kaiser Permanente, mejoramos el control de la presión arterial en los miembros de raza negra o afroamericanos con hipertensión; aumentamos la tasa de pruebas de detección de cáncer colorrectal en los miembros hispanos o latinos; y mejoramos el control del azúcar en la sangre en los miembros con diabetes. Los datos autoinformados de raza y etnia se registran en KP HealthConnect, y las medidas HEDIS® se actualizan trimestralmente en el CORE Datamart interregional. 2. Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono y por video no estén disponibles debido a leyes estatales que impiden que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado. 3. Es posible que en los planes de salud con deducibles altos deba pagarse un copago o coseguro para las consultas por video o teléfono. 4. Disponible para la mayoría de los pedidos de medicamentos; pueden aplicarse costos adicionales. Para obtener más información, comuníquese con la farmacia. 5. Los servicios de entrega de medicamentos el mismo día o el siguiente pueden estar disponibles por un costo adicional. Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y es posible que estén limitados a farmacias, zonas y medicamentos específicos. Los tiempos límite de los pedidos y los días de entrega pueden variar según la ubicación de la farmacia. Kaiser Permanente no es responsable de las demoras en las entregas por parte del servicio encargado del envío. Kaiser Permanente puede interrumpir los servicios de envío de medicamentos el mismo día o el siguiente en cualquier momento y sin previo aviso. También pueden aplicarse otras restricciones. Los beneficiarios de Medi-Cal y Medicaid deberán solicitar más información sobre los medicamentos en la farmacia. 6. Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los centros de Kaiser Permanente. Para usar la aplicación de Kaiser Permanente, debe ser miembro de Kaiser Permanente y estar registrado en kp.org/espanol. 7. Calificaciones en HEDIS® 2021 de Kaiser Permanente. Los datos de referencia fueron proporcionados por Quality Compass® del Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) y representan todas las líneas comerciales. El Departamento de Calidad de la Atención y el Servicio de Kaiser Permanente proporcionó las calificaciones regionales combinadas de Kaiser Permanente. Los datos que aparecen en esta publicación fueron proporcionados por Quality Compass 2021 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2021 incluye ciertos datos de la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Cualquier representación, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos pertenece exclusivamente a los autores; el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por tal representación, análisis, interpretación o conclusión. Quality Compass® y HEDIS® son marcas comerciales registradas del NCQA. CAHPS® es una marca comercial registrada de Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud). 8. Es posible que algunos de estos servicios no sean beneficios de su plan de salud ni estén sujetos a los términos establecidos en su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* u otros documentos del plan. Los servicios que no sean beneficios del plan de salud podrán suspenderse en cualquier momento sin previo aviso. 9. Panel de Información sobre Telesalud de Kaiser Permanente.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
 - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711 o al 1-800-537-7697)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائقك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. 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: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: 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**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。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**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل. کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کافیسست در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत क दभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत क सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस कवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. 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、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。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: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ ឡូ 24 ទៀងក្នុងមួយថ្ងៃ ឡូថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកឡូ ប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំនួលខុសត្រូវផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យបករណ៍បកប្រែជំនួញទំនាក់ទំនងឡូ សម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ឡូ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ។ ឯកងមួយថ្ងៃ ឡូថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឡូ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY លេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມໃຫ້ໄດ້ຍາມແລ້ງຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕອນທຶດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂອບະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຕ້ໂທ ຫາພວກເຮົາ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕອນທຶດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜໃຊ້ສາຍ TTY ໃຫ້ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaiah 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaiah 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asíníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áá'át'é, t'áá álahjí' jígigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'í' áá'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchígigo, éi doodago hane' bee didííts'í'ííígíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííts'í'ííígíí dóó bee hane' didííts'í'ííígíí bína'idííkiłgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jígigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'í' áá'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayool'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮਗਰੀਆਂ ਨ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਅਨਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. 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: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. 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: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถ ขอใช้บริการล่าม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหา เราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
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**.

Planes de PPO

Un plan de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) le ayuda a sentirse lo mejor posible y le brinda opciones de atención para su salud integral.

- Tendrá flexibilidad para visitar al médico que elija, donde sea más conveniente para usted.
- Podrá recibir atención en casa o de viaje de manera conveniente.*
- Tendrá la posibilidad de administrar la atención y los costos.

* Los servicios incluyen consultas por teléfono y video programadas, así como consultas por correo electrónico, cuando corresponda y el servicio esté disponible.



Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)¹

Plan de PPO

Con un plan de organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization*, PPO), tendrá la flexibilidad que necesita y la posibilidad de elegir los médicos que quiera. Puede recibir atención de cualquier proveedor autorizado del país y hacer consultas con especialistas sin una referencia. Estas opciones le permiten decidir cuál es la mejor manera de administrar su atención médica y sus costos.

Nivel de Proveedores Participantes	Nivel de Proveedores No Participantes
• Tiene la posibilidad de elegir cualquier proveedor participante del país que forme parte de la Red de Private Health Care Systems (PHCS)² para KPIC en California y en otros estados donde Kaiser Permanente opera (Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y el Distrito de Columbia). En los demás estados, acuda a un proveedor de la red de PPO de Cigna.³ • Si ya tiene un médico, es muy probable que pueda continuar atendiéndose con él. • La mayoría de las visitas al consultorio de su médico tienen cobertura con un copago. • Pregúntele a su médico si puede atenderlo por teléfono, video o correo electrónico. Es posible que deba pagar más por esos servicios. • Una vez que alcance el deducible anual,⁴ pagará un coseguro para la mayoría de los demás servicios cubiertos, incluida la hospitalización. • El consultorio de su médico presentará cualquier reclamo y documentación por usted.⁵	• Tiene la posibilidad de elegir cualquier proveedor autorizado del país, incluidos los especialistas. Haga una cita directamente con el consultorio. • Continúe atendiéndose con su médico actual o elija otro que quede cerca de su casa o trabajo. • Pregúntele a su médico si puede atenderlo por teléfono, video o correo electrónico. Es posible que deba pagar más por esos servicios. • Una vez que alcance el deducible anual,⁴ pagará un coseguro para la mayoría de los servicios cubiertos. • Es posible que deba presentar sus propios reclamos y documentación.

Para obtener más información, llame al **800-788-0710**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. (TTY **711**). O ingrese a **kp.org/kpic/ppo** (en inglés), donde podrá buscar proveedores y obtener formularios para reclamos y otros materiales que le ayudarán a administrar su atención médica.



Opciones de farmacia convenientes

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos con un copago conveniente. Surta sus recetas médicas en cualquier farmacia de la red MedImpact.⁶ Para encontrar una farmacia cercana, llame al **800-788-2949**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Controle sus costos

Los copagos y el coseguro le ayudan a mantener un control sobre sus costos de atención médica. Si elige un proveedor participante, generalmente tendrá gastos de bolsillo más bajos, por lo que sacará más provecho de su inversión en atención médica. Tendrá la tranquilidad de saber que su gasto máximo de bolsillo limitará cuánto le pedirán que pague por la mayoría de los servicios cubiertos todos los años, independientemente del proveedor que use.⁵

La atención preventiva lo ayuda a mantenerse sano, antes de que tenga síntomas. Cuando los tenga, es posible que necesite atención de diagnóstico para averiguar cuál es el problema. Si eso ocurre, es posible que haya costos adicionales.

Cómo obtener una certificación previa

Al recibir atención de proveedores de PHCS y proveedores no participantes, ciertos servicios requieren certificación previa, como la cirugía ambulatoria, la hospitalización programada y los procedimientos complejos de imágenes diagnósticas. Consulte con su proveedor para saber si los servicios recomendados requieren certificación previa.

Obtenerla es importante para no pagar más de lo necesario. Usted debe asegurarse de que el proveedor participante de PHCS de California y de otros estados donde Kaiser Permanente opera (Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y el

Distrito de Columbia) haya obtenido la certificación previa cuando se requiera. Consulte el *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener información detallada sobre la certificación previa.

Si usa la red de PPO de Cigna fuera de los estados donde Kaiser Permanente opera (California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y el Distrito de Columbia), los proveedores de Cigna deberán obtener todas las certificaciones previas de los miembros.

Encuentre información detallada de su plan

Después de inscribirse, recibirá información importante que le ayudará a entender y administrar su plan.

Manual para Miembros de Kaiser Permanente:
cómo acceder a la atención.

Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)

- Qué está cubierto y qué no
- Qué servicios necesitan certificación previa
- Exclusiones y limitaciones específicas
- *Programa de Cobertura (Schedule of Coverage)*, con los beneficios de su plan:
 - deducible,
 - montos de coseguro,
 - montos de copago.

Tarjeta de identificación, que permite acceder a atención médica en todo el país e incluye números de teléfono para los siguientes recursos:

- servicio al cliente (elegibilidad, beneficios, reclamos);
- red de farmacias MedImpact;
- consejos de enfermería o asesoramiento para certificación previa.

Nota: Esto es solamente un resumen. Su *Certificado de Seguro* de KPIC incluye una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se proporciona aquí no debe considerarse como un resumen de beneficios y no funciona como *Certificado de Seguro* de KPIC.

Su salud es nuestra causa

En Kaiser Permanente, creemos que todos merecen recibir atención de alta calidad. Por ese motivo, nos esforzamos para que nuestros miembros vivan bien, ya sea que se atiendan en uno de nuestros centros o con otro proveedor. Según el plan que tenga, puede elegir adónde ir cuando necesite atención.

Con nuestro plan de PPO,⁷ tiene la flexibilidad para atenderse con cualquier proveedor autorizado de su comunidad, sea o no participante.



Proveedores participantes y no participantes

Tiene muchas opciones convenientes para recibir atención, con la posibilidad de consultar a cualquier proveedor autorizado del país, incluidos los especialistas.

Con los proveedores participantes, a través de la Red de PHCS para KPIC en los estados donde Kaiser Permanente opera (California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y el Distrito de Columbia) y la red de PPO de Cigna en los demás estados, usted tiene acceso a más de 1 millón de proveedores en todo el país.

Con la Red de PHCS para KPIC en California, tiene muchas opciones para elegir:

- más de 350 hospitales;
- más de 7,100 centros de atención complementarios;
- más de 78,000 profesionales de la salud.



Servicios de farmacia de MedImpact

Surta sus recetas médicas cubiertas en cualquier farmacia de la red MedImpact que quede cerca de su casa u oficina. Tiene acceso a más de 67,000 farmacias de la red MedImpact participantes de todo el país, incluidas las siguientes:⁸

- Costco
- CVS
- Kroger
- Rite Aid
- Safeway
- Walgreens

Inscríbase hoy mismo.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestros planes, llame al **800-788-0710** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.



Proceso de hospitalización



Independientemente de si la hospitalización es programada o de emergencia, la entidad que lo recibe determina los beneficios y los gastos de bolsillo.

Nivel de Proveedores Participantes

Puede elegir un hospital de la Red de PHCS para KPIC en los estados donde Kaiser Permanente opera (California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y el Distrito de Columbia) o uno de la red de PPO de Cigna en los demás estados. Cuando alcance el deducible del plan de PPO, pagará el copago de hospitalización en cada ingreso y el coseguro para los servicios que reciba durante su estadía. La parte que le corresponda del costo de cualquier servicio que haya recibido no excederá el gasto máximo de bolsillo.

Tenga en cuenta que se requiere certificación previa para el nivel de proveedores participantes.

Nivel de Proveedores No Participantes

Puede recibir atención hospitalaria de cualquier proveedor no participante autorizado. Cuando alcance el deducible de PPO, pagará el copago de hospitalización y, a continuación, el coseguro (hasta el gasto máximo de bolsillo), más cualquier monto que facture el proveedor que supere el cargo admisible máximo.

Tenga en cuenta que se requiere certificación previa para el nivel de proveedores no participantes.

Traslados

Si lo ingresan en un hospital externo a la Red de PHCS para KPIC, es posible que lo trasladen a una entidad que sí pertenezca a ella una vez que se establezca su condición y usted se encuentre lo suficientemente bien como para hacerlo. Este proceso ayudará a maximizar los beneficios y a limitar los gastos de bolsillo. Si tiene preguntas o necesita ayuda para coordinar su traslado a un hospital de la Red de PHCS para KPIC, llame al **888-251-7052**.

Certificación previa Tipos de atención

Es posible que necesite una aprobación para recibir determinados servicios de un proveedor participante o no participante. Esto se denomina certificación previa. Cuando recibe atención de un proveedor de la Red de PHCS o de un proveedor no participante, es posible que necesite obtener una certificación previa para determinados servicios. De lo contrario, su reclamo podría rechazarse. Estos son los servicios que requieren certificación previa:

- hospitalizaciones;
- cirugías ambulatorias;
- rehabilitación para paciente hospitalizado, cuidados paliativos o servicios en centros de enfermería especializada;
- imágenes por resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones.

Consulte el *Certificado de Seguro* para ver una lista completa de los servicios que requieren certificación previa.

Para solicitar una certificación previa cuando acuda a proveedores de la Red de PHCS o a proveedores no participantes, usted o el médico deben llamar al **888-251-7052**, de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m. El pedido debe hacerse antes de programar una cita para los servicios. Si no consigue la certificación, es posible que se reduzca el beneficio. Cuando se requiera una certificación previa, los proveedores de PPO de Cigna deben obtenerla en su nombre. Usted no deberá pagar nada si un proveedor de la PPO de Cigna no obtiene la certificación previa para los servicios cubiertos.



Atención de urgencia

Una necesidad de atención de urgencia es aquella que requiere atención médica sin demora, en general, en un plazo de 24 a 48 horas, pero que no es una condición médica de emergencia. Estos son algunos ejemplos: lesiones leves, dolor de espalda, dolor de oídos, dolor de garganta, tos, síntomas en las vías respiratorias superiores y eventos como orinar con frecuencia o sentir ardor al orinar. Si cree que necesita atención de urgencia, llame a un centro o a un proveedor participante, o a cualquier otro centro o proveedor autorizado que ofrezca este servicio. La atención de urgencia se cubre según los beneficios de su plan.



Atención de emergencia

Tiene cobertura para atención de emergencia⁹ en todo el mundo. Si tiene una condición médica de emergencia, llame al **911** o acuda al hospital más cercano. Deberá pagar un copago del Departamento de Emergencias, que se anulará si lo ingresan en el hospital. En ese caso, llámenos (o pídale a alguien que lo haga) al **888-251-7052** lo antes posible. Le ayudaremos a coordinar la atención para evitar que le facturen cargos no cubiertos.

1. Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) suscribe el plan de PPO. KPIC es una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. **2.** KPIC tiene un contrato con Private Healthcare Systems, Inc. (PHCS) para ofrecerle acceso a la atención médica de hospitales y médicos con el compromiso de mantener bajos los gastos de bolsillo por medio de precios acordados. En multiplan.com/kaiser (haga clic en "Español"), encontrará un directorio en línea de los proveedores participantes. **3.** La red de PPO de Cigna se refiere a los proveedores del cuidado de la salud (médicos, hospitales, especialistas) contratados como parte de Cigna PPO Shared Administration. **4.** Los cargos por penalizaciones y facturación del saldo no se aplican a su deducible ni al gasto máximo de bolsillo. **5.** El proveedor participante es responsable de la presentación de reclamos. El proveedor solo puede cobrar los copagos y deducibles en el momento de la consulta. Una vez que se procese el reclamo, cualquier responsabilidad adicional de los miembros aparecerá en la *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits)*. **6.** KPIC tiene un contrato con MedImpact para brindar cobertura de medicamentos a través de una red nacional de farmacias independientes y cadenas de farmacias. Las farmacias participantes están sujetas a cambios. **7.** KPIC suscribe el plan de PPO. KPIC es una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. **8.** Con esta opción, es posible que deba pagar un copago más alto que en las farmacias de Kaiser Permanente. KPIC tiene un contrato con MedImpact para brindar cobertura de medicamentos a través de una red nacional de farmacias independientes y cadenas de farmacias. Las farmacias participantes están sujetas a cambios. **9.** Una "condición médica de emergencia" es una condición médica, incluidos los trastornos psiquiátricos, que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor intenso) que una persona prudente, con conocimientos básicos de salud y medicina, podría considerar que, si no se recibe atención médica de inmediato, podría presentarse alguna de las siguientes situaciones: • riesgo grave para la salud de una persona (o, con respecto a una embarazada en trabajo de parto en curso, la salud de la mujer o la de su hijo en gestación); • deterioro grave de las funciones del organismo; o • disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.

Cigna es una compañía independiente y no está afiliada a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ni a sus planes de salud subsidiarios. El acceso a la red de PPO de Cigna está disponible a través de una relación contractual entre Cigna y los planes de salud de Kaiser Permanente. La red de PPO de Cigna es proporcionada exclusivamente por Cigna Corporation o a través de sus subsidiarias en funcionamiento, incluida Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre, el logotipo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

KPIC Civil Rights Coordinator
Grievance 1557
5855 Copley Drive, Suite 250
San Diego, CA 92111
1-888-251-7052

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4TDD
(1-800-482-4833)

By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013

Electronically:
www.insurance.ca.gov

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



KAISER PERMANENTE

Kaiser Permanente Insurance Company Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-464-4000. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-464-4000. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，且您可請我們將您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電列於會員卡上的電話號碼或致電 1-800-464-4000 與我們聯絡。如需進一步協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電 711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-464-4000. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bik'é azláágo Saad Bee Áká Aná'álwo'. Ata' halne'i ná shóidoot'eel. Nizaad bee naaltsoos nich'i' yídóoltah Shiká i'doolwoł ninizingo éi béesh bee hodiilnih, naaltsoos bee nééhózinigii bik'ehgo hane'i bikáá' éi doodago koji' hodiilnih 1-800-464-4000. Náaná lahgo aldó' shiká i'doolwoł ninizingo koji' hodiilnih CA Dept. of Insurance bik'ehgo hane'i éi 1-800-927-4357. TTY chodayool'igii éi díi 711. Navajo

Dịch vụ về ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc giấy tờ, tài liệu bằng ngôn ngữ quý vị dùng cho quý vị nghe. Để được giúp đỡ, xin gọi chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID hội viên hoặc số 1-800-464-4000. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-464-4000 번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357 번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-464-4000. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-464-4000 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY -ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные услуги языкового перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, при этом документы могут быть зачитаны Вам на Вашем языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по телефону, указанному в Вашей идентификационной карточке участника, или 1-800-464-4000. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи ТТТ, звоните по номеру 711. Russian

無料の言語サービス。通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、ID カードに記載の番号、または1-800-464-4000 にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁 (1-800-927-4357) にお電話ください。TTY ユーザーの方は、711 をご使用ください。Japanese

خدمات زبان به صورت رایگان. می توانید از خدمات مترجم شفاهی بهره مند شوید و ترتیب خواندن متن ها برای شما به زبان خودتان را بدهید. برای دریافت کمک و راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما قید شده یا شماره 1-800-464-4000 تماس حاصل نمایید. برای دریافت کمک و راهنمایی بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس حاصل نمایند. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-464-4000 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ CA ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਦੇ ਉਪਯੋਗਕਰਤਾ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាខ្មែរ។ សំរាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-464-4000។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1 800-927-4357។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។ Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-800-464-4000. للحصول على مزيد من المعلومات اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على 711. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Raug Nqi Dab Tsi. Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus thiab hais tau kom nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus rau koj. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-464-4000. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Tuam Tsev Tswj Kev Pov Hwm ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

मुफ्त भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं और आपको दस्तावेज़ आपकी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नम्बर या 1-800-464-4000 पर हमें फोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ इन्शुरन्स को 1-800-927-4357। TTY प्रयोक्ता 711 पर फोन करें। Hindi

บริการด้านภาษาที่ไม่คิดค่าบริการ คุณสามารถขอรับบริการล่ามแปลภาษาและขอให้อ่านเอกสารให้คุณฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรติดต่อหาเราตามหมายเลขที่ระบุอยู่บนบัตร ID ของคุณหรือหมายเลข 1-800-464-4000 หากต้องการความช่วยเหลือในเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติม โปรดโทรติดต่อฝ่ายประกันโรคมะเร็งที่หมายเลข 1 800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่หมายเลข 711. Thai

[illegible]

[illegible]

Le ayudamos a encontrar la atención que necesita

Es importante tener un buen plan de salud para su tranquilidad. Al igual que recibir atención de calidad. Con Kaiser Permanente, obtiene ambos beneficios.

¿Necesita más información?

Hable hoy mismo con un especialista en inscripciones sobre la atención especializada, las opciones adicionales y mucho más. Llame al **1-800-514-0985 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

Ingresa a **kp.org/destinosalud** para averiguar cómo podemos mejorar su experiencia de atención, sin importar la etapa de la vida en la que esté.

Los miembros actuales que tengan alguna pregunta pueden llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas con servicios de interpretación)
- **1-800-788-0616** (español)
- **1-800-757-7585** (dialectos chinos)
- **711** (TTY)

La decisión correcta para estar más sano

Es importante tener un buen plan de salud. Al igual que recibir atención de calidad. Con el plan de PPO de Kaiser Permanente Insurance Company, obtiene ambos beneficios.

¿Necesita más información?

Ingresa a **kp.org/kpic/ppo** (en inglés) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-788-0710**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Comuníquese con nosotros



facebook.com/kpthrive (en inglés)



youtube.com/kaiserpermanenteorg



@kpvivabien



Use este formulario para inscribirse en Kaiser Permanente. (Todos los campos con un * son obligatorios).

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL PLAN

Nombre de la empresa*		Identificación del grupo (si tiene una asignada)	Fecha de vigencia* (solo puede comenzar el primer día del mes) / 01 /
Selección del plan*	Identificación del subgrupo (si tiene una asignada)		Clasificación del empleado (si corresponde)
Motivo de la inscripción (marque uno) ☐ Nueva cuenta de grupo ☐ Inscripción abierta ☐ Otro:			
Si tiene una cuenta existente , envíe este formulario lleno como adjunto en formato PDF a csc-sd-sba@kp.org o por fax al 855-355-5334 .			

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

¿Ha sido miembro o ha recibido atención de Kaiser Permanente en California? ☐ Sí ☐ No			
Número de Seguro Social*	Apellido anterior/de soltera		
Apellido*	Nombre*	Inicial del segundo nombre	Idioma preferido (opcional)
Domicilio*			N.º de apartamento
Ciudad*	Estado*	CÓDIGO POSTAL*	Condado
Dirección postal (si es distinta a la del domicilio)			N.º de apartamento
Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Condado
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* / /	Género* ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no especificar	Teléfono de día () -	Teléfono de noche () -

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible, solo podrá inscribirse durante un periodo de inscripción abierta anual establecido por su empleador o durante un periodo de inscripción especial, si ha tenido un evento calificado. Debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores al evento calificado.

Los eventos calificados para la inscripción especial incluyen:

- Pierde la cobertura de salud (mínima esencial) debido a lo siguiente: pérdida de la cobertura patrocinada por su empleador porque usted o su dependiente ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad, o porque su empleador ya no ofrece cobertura o deja de pagar la prima; pérdida de elegibilidad para la cobertura en el marco de la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) por otro motivo que no sea la finalización con causa o la falta de pago de la prima; finaliza su cobertura individual o la de su dependiente, o su cobertura de Medi-Cal, Medicare o alguna otra cobertura del gobierno; o por alguna otra razón que no sea la falta de pago de las primas en tiempo y forma o situaciones que permiten una rescisión (fraude o la distorsión intencional de información relevante); o pérdida de la cobertura de salud incluidas, entre otras, la pérdida por circunstancias que se describen en la Sección 54.9801-6(a)(3)(i) a (iii), inclusive, del Título 26 del Código de Reglamentos Federales (*Code of Federal Regulations*) y en la Sección 1163 del Título 29 del Código de los Estados Unidos.
- Agrega un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, sociedad doméstica, nacimiento, adopción, o puesta en adopción, o asunción de una relación de padre/madre e hijo.
- Un tribunal federal o estatal ordena que usted o su dependiente reciban cobertura.
- Se traslada de forma permanente; por ejemplo, se muda a otro lugar y tiene diferentes opciones de planes de salud, o sale de la cárcel.
- El emisor de la cobertura de salud anterior infringió gravemente una cláusula relevante del contrato de la cobertura de salud.
- Un proveedor de la red dejó de participar en su plan de salud o el de su dependiente cuando usted o su dependiente recibían cuidados activos por una de las siguientes condiciones médicas: una condición aguda (condición médica en la que hay una aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, una lesión u otro problema médico que precisa atención médica inmediata y tiene una duración limitada); una condición crónica grave (condición médica causada por una enfermedad u otros problemas o trastornos médicos que son graves por su naturaleza y que persisten sin curarse totalmente, se agravan con el tiempo o requieren un tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren); un embarazo; una enfermedad terminal (condición incurable o irreversible, con alta probabilidad de provocar la muerte en un año o menos); cuidado de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad; o una cirugía o cualquier otro procedimiento, si el proveedor indicó y documentó que debía llevarse a cabo en el periodo de los 180 días anteriores a la fecha de finalización del contrato o antes de que pasen 180 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura para un nuevo asegurado.
- Un miembro de las fuerzas de reserva del ejército de los Estados Unidos regresa de un periodo de servicio activo o un miembro de la Guardia Nacional de California regresa de un periodo de servicio activo en virtud del Título 32 del Código de los Estados Unidos.
- En lo que respecta a los planes de beneficios de salud que se ofrecen fuera del Mercado de Intercambio, una persona demuestra al Departamento de Atención Médica Administrada o al Departamento de Seguros, según corresponda, que no se inscribió en un plan de beneficios médicos durante el periodo de inscripción inmediatamente anterior disponible porque le informaron mal que contaba con la cobertura esencial mínima.

(Todos los campos con un * son obligatorios).

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (incluya solamente a los familiares que se inscribirán).

Seleccione una opción ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
---	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*

Nombre anterior (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Si alguno de los dependientes nombrados arriba vive en otra dirección, proporcione la siguiente información:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección
---	-----------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección
---	-----------

INFORMACIÓN PARA LEER Y FIRMAR
ACUERDO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC.†

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamos Menores, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la reglamentación del procedimiento de reclamos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA], o cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, mis familiares u otras partes asociadas, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro lado, en concepto de la supuesta violación de cualquier obligación derivada de la membresía de KFHP o relacionada con esta, incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (reclamo según el cual los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados, o se prestaron de forma indebida, negligente o incompetente), responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse por medio de una demanda o un procedimiento judicial, sino mediante arbitraje vinculante conforme a la legislación de California, excepto que la ley correspondiente determine la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestros derechos a un juicio por jurado y acepto el uso de un arbitraje vinculante. Entiendo que el folleto *Evidencia de Cobertura* incluye todas las disposiciones sobre el arbitraje.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)*

Firma del empleado* X	Fecha
-------------------------------------	-------

*(Todos los campos con un * son obligatorios).*

†Las disputas que provienen de las coberturas totales de seguro de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) planes de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y 2) planes de atención dental de KPIC.

Envíe el formulario lleno a csc-sd-sba@kp.org o por fax al **855-355-5334**.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. El empleador tiene que completar la Sección 1.
2. El empleador tiene la responsabilidad de confirmar toda la información antes de presentarla. Verifique que las fechas de vigencia están correctas ya que las mismas afectan las primas del plan de salud.
3. El empleado tiene que completar las Secciones 2 a 5, si corresponde.
4. **El empleado tiene que firmar y escribir la fecha en la parte inferior del formulario.**
5. El empleado tiene que llenar todas las secciones que correspondan y conservar una copia para sus archivos y entregar el formulario completo al empleador.
6. El empleador debe entregar el formulario completo a su corredor (de seguros) o al Centro de Servicios de California (California Service Center, CSC) para la Pequeña Empresa por correo electrónico: **csc-sd-sba@kp.org***, como un documento PDF adjunto o por fax al **855-355-5334**.
7. Si el empleador quisiera terminar la cobertura de un empleado, por favor utilizar el formulario **"Subscriber Termination/Transfer"**, disponible en la sección "Terminating employee coverage" en **kp.org/smallbusinessforms/ca**.

Todos los cambios en las cuentas, incluidas las fechas de vigencia y el estado de los dependientes, se realizarán de conformidad con el acuerdo contractual entre el empleador/cliente y Kaiser Permanente.

*Esta dirección de correo electrónico es sólo para enviar formularios, no para consultas.

1 INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA (Se debe completar por el empleador)

Nombre de la compañía			N.º de identificación del grupo	
Teléfono () -	Ext.	Fax () -	Correo electrónico	

2 CAMBIOS SOLICITADOS

Motivos para agregar dependiente (indique uno únicamente): adopción, pérdida de cobertura, nuevo cónyuge (matrimonio/pareja doméstica), traslado al área de servicio, adición de recién nacidos, inscripción abierta, o reactivación. Los cambios en el plan entran en vigencia el primer día del mes.

¿Está el empleado inscrito en Medicare (suscriptor no cubierto)? ☐ Sí ☐ No

Un suscriptor no cubierto es un empleado que no está inscrito en el plan de grupo, pero permite la cobertura de dependientes.

☐ Agregar dependientes (complete las Secciones 3, 4 y 5)

Motivo:	Fecha de vigencia: / /
---------	------------------------

☐ Cambio de plan. Nombre del nuevo plan:	Fecha de vigencia: / 01 /
---	----------------------------------

☐ Eliminación de dependientes (complete las Secciones 3, 4 y 5)	Fecha de vigencia: / /
--	------------------------

☐ Cambio de nombre del empleado (complete las Secciones 3 y 5)	
De: A:	Fecha de vigencia: / /

(Complete las Secciones 3 y 5 si selecciona cualquiera de las siguientes opciones)

☐ Dirección del empleado ☐ Teléfono del empleado ☐ Número de Seguro Social del empleado ☐ Fecha de nacimiento del empleado o dependiente

3 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (Se debe completar por el empleado)

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)			Número de seguro social		
Dirección ☐ Residencia ☐ Postal		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono de día () -	Teléfono por la noche () -	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /			

CAMBIO DE DEPENDIENTE/EMPLEADO

Nombre de la compañía (en letra de imprenta): _____

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

4 DEPENDIENTES AFECTADOS

☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo ☐ M ☐ F ☐ No Declarado	Número de seguro social
--	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nombre anterior

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo ☐ M ☐ F ☐ No Declarado	Número de seguro social
---------------------------------------	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo ☐ M ☐ F ☐ No Declarado	Número de seguro social
---------------------------------------	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo ☐ M ☐ F ☐ No Declarado	Número de seguro social
---------------------------------------	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Si alguno de sus dependientes nombrados arriba vive en otra dirección, complete la siguiente información:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección

5 LEA Y FIRME

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC., ACUERDO DE ARBITRAJE

Entiendo que (a excepción de los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA, y cualquier otra reclamación que no puede estar sujeta al arbitraje obligatorio bajo las leyes vigentes), toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que surja o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indique que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, debe decidirse por medio de un arbitraje obligatorio según la ley de California y no por medio de una demanda ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente estipule una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto *Evidence of Coverage* incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Firma del empleado (requerido) X	Fecha
---	-------

Aviso: El arbitraje obligatorio no se aplica a las disputas asociadas a cualquiera de los siguientes productos de KPIC: 1) planes de organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) y 2) planes dentales KPIC.

6 INFORMACIÓN DE CONTACTO

Envíe por correo electrónico el formulario completo a **csc-sd-sba@kp.org** como un documento PDF adjunto o por fax al **855-355-5334**.

Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios de California (CSC) para "Small Business" (Pequeñas Empresas) llamando al **800-790-4661, opción 1**.