

Atención que se enfoca completamente en usted



Reciba atención médica diseñada para usted

La atención que brindamos lo abarca todo...

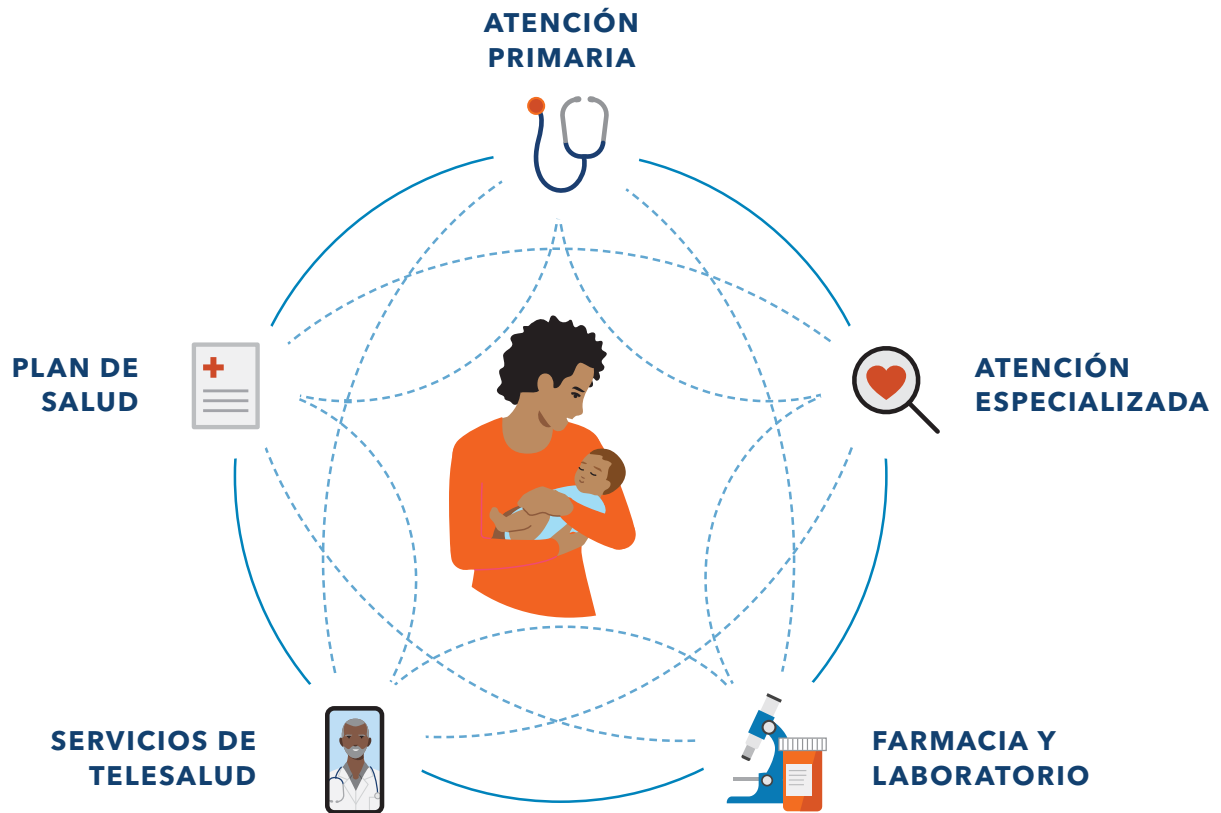
exámenes médicos de rutina, tratamientos complejos y esas preguntas que surgen en plena madrugada;

opciones para tener más vigor, reducir el estrés y cuidar a una familia;

nuevos objetivos, viejos hábitos y bienestar mental continuo.

Sin importar cuál sea su prioridad, la nuestra es brindarle una excelente atención: cuando se sienta bien, cuando necesite ayuda y en cualquier otro momento.





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

Gracias a la atención y la cobertura combinadas, los médicos, hospitales y beneficios de su plan de salud de Kaiser Permanente están conectados y comprometidos a brindarle una atención excepcional; justo a su medida.

Acceso más fácil a los mejores especialistas y a los tratamientos más avanzados.

Costos predecibles y menos papeleo.

La atención adecuada, justo cuando la necesita.



Descubra cómo podemos ayudarle a mantenerse saludable y seguir haciendo lo que más le apasiona.
kp.org/todousted

Atención personalizada

Para usted que merece comprensión

Los médicos de Kaiser Permanente tienen una sola prioridad: su salud. Su historia clínica electrónica le brinda información sobre sus antecedentes de salud al equipo de atención para que su médico pueda coordinar el cuidado adecuado para usted. Además, se familiariza con su estilo de vida, sus riesgos y sus objetivos para saber qué es lo que más le importa a usted y, así, ser su mejor aliado en salud.



Descubra cómo la atención se adapta a su vida.

kp.org/atencionconectada

Le guiamos en cada paso de su atención



Sus antecedentes de salud se encuentran en su historia clínica electrónica.



Su médico le ayuda con las citas y las referencias.



Su historia clínica está disponible 24/7 para usted y su equipo de atención.



Su equipo de atención le avisa cuándo debe hacerse exámenes médicos y pruebas.

Atención conveniente

Para usted que tiene una agenda ocupada

Visite kp.org/espanol o use la aplicación para hacer una cita de rutina en persona para el mismo día o el día siguiente. También puede consultar a un profesional clínico de salud por teléfono o videollamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana.¹ Sin importar cómo decida comunicarse, siempre podrá hablar con un profesional de la salud que puede consultar sus antecedentes médicos y retomar su atención donde la dejó.

Haga mucho más en una sola visita

La mayoría de los centros de atención tienen farmacias y laboratorios en el mismo edificio, por lo que puede consultar a su médico, hacerse pruebas de laboratorio y recoger sus medicamentos, todo en un solo lugar.

Su bienestar al alcance de la mano

- Reciba atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Envíe correos electrónicos a su equipo de atención.
- Vea la mayoría de los resultados de laboratorio y las notas del médico.
- Vuelva a surtir la mayoría de los medicamentos recetados.
- Regístrese para sus citas.
- Pague las facturas y consulte sus estados de cuenta.



Descubra cómo la aplicación de Kaiser Permanente le permite tener todo bajo control. kp.org/movil

FAST COMPANY | **THE WEBBY AWARDS**

Nuestra aplicación móvil ganó el premio "Design Company of the Year" (Compañía de diseño del año) de Fast Company en 2022 y el premio "People's Voice" (La voz de la gente) de Webby Awards en 2022 en la categoría de aplicaciones de salud y acondicionamiento físico.

Cuenta con cobertura mientras viaja



Si piensa viajar, podemos ayudarle a coordinar sus vacunas, volver a surtir sus medicamentos y mucho más. Además, mientras esté de viaje, contará con cobertura para atención de urgencia y de emergencia en cualquier lugar del mundo, incluso en centros de atención que no sean de Kaiser Permanente.

Atención de primer nivel

Para usted que espera recibir lo mejor

Sea cual sea la atención que necesita –salud mental, maternidad, atención del cáncer, salud del corazón y más– tiene acceso a médicos especializados, tecnología de última generación y atención basada en la evidencia más reciente.



Conozca cómo los médicos y los especialistas trabajan para usted.

kp.org/atencionespecializada



Nos destacamos a nivel nacional en la realización de pruebas de detección y la investigación. Además, nuestros planes de salud se encuentran entre los de calificación más alta en cada uno de los estados en los que ofrecemos servicios.^{2,3,4}

Los miembros de Kaiser Permanente tienen un...



33 %

más de posibilidades de sobrevivir a una enfermedad cardíaca⁵

52 %

más de posibilidades de sobrevivir a un cáncer colorrectal⁶

20 %

menos de posibilidades de sufrir una muerte prematura por cáncer⁷



Los 39 hospitales han recibido el reconocimiento de la revista U.S. News & World Report por su alto desempeño en uno o más tipos de atención.

Atención integral

Para usted que desea explorar todas sus opciones de salud

Los miembros de Kaiser Permanente pueden recibir ayuda para la depresión, la ansiedad, las adicciones y la salud mental o emocional, sin necesidad de una referencia. También tienen acceso a aplicaciones de autocuidado que ofrecen ayuda para su bienestar mental general.^{8,9}



Calm

Es una de las principales aplicaciones para conciliar el sueño y meditar.¹⁰



Headspace Care

Envíe un mensaje a un asesor individual de apoyo emocional en cualquier momento y lugar.¹¹



myStrength

Cree un plan personalizado para fortalecer su salud emocional.



Conozca más sobre la atención de salud mental.
kp.org/saludmental

Recursos para el bienestar diario

Aproveche las clases, los servicios y los programas que le ayudarán a alcanzar sus metas relacionadas con la salud y el acondicionamiento físico.¹²

- Acupuntura, terapia de masajes y atención quiropráctica
- Precios reducidos en membresías de gimnasios
- Programas para un estilo de vida saludable
- Asesoría de bienestar
- Clases de acondicionamiento físico en línea con la aplicación ClassPass

Atención **confiable**

Para usted que quiere tener un médico en quien confiar

Su salud es un viaje de por vida, y queremos que tenga el mejor médico con quien pueda recorrer grandes distancias. Contratamos médicos y personal que hablan más de un idioma y que brindan una atención adaptada a su cultura, etnia y estilo de vida. Además, puede elegir o cambiar su médico en cualquier momento.



Le ofrecemos ayuda en cada paso, desde encontrar el médico adecuado hasta hacer la transición de la atención.

kp.org/nuevosmiembros

“

La Dra. Weniger fue agradable, muy amable y meticulosa. Cuando finalizó la consulta, supe que había tomado la decisión correcta en Kaiser Permanente.

”

– **Aimee**, una miembro nueva

Atención completa para ayudarle a vivir una vida más plena y saludable

Con Kaiser Permanente, cuenta con un aliado de confianza que prioriza su salud y hace que le resulte más fácil obtener el cuidado que necesita. Por eso, los miembros eligen continuar con Kaiser Permanente casi 3 veces más que con otros planes de salud.¹³

¿Quiere obtener más información?



Visite kp.org/todousted para comprar planes y recibir ayuda con cualquier pregunta que tenga sobre su atención médica.

Llame al **1-800-514-0985** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico), para hablar con un especialista en inscripción.

Los miembros actuales de Kaiser Permanente que tengan alguna pregunta pueden llamar a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado en 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)



1. Cuando corresponda y esté disponible. **2.** Calificaciones en el Conjunto de Datos e Información sobre el Empleador para el Plan de Salud (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) 2022 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 2022 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2022 incluye ciertos datos del Estudio sobre Evaluación de los Planes de Salud por los Consumidores (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Cualquier presentación, análisis, interpretación o conclusión que se base en estos datos es exclusivamente de los autores, y el NCQA se exime específicamente de toda responsabilidad por tal presentación, análisis, interpretación o conclusión. Quality Compass® y HEDIS® son marcas comerciales registradas del NCQA. CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality).

3. Informe Anual 2021, Kaiser Permanente, [about.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports/2021-annual-report](https://www.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports/2021-annual-report) (en inglés). **4.** Calificaciones de los Planes de Seguro de Salud Privados del NCQA para 2022 y 2023, Comité Nacional de Garantía de Calidad, 2022: Kaiser Foundation Health Plan of Colorado – HMO (obtuvo 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. – HMO (obtuvo 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Hawaii – HMO (obtuvo 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. – HMO (obtuvo 5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Northern California – HMO (obtuvo 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest – HMO (obtuvo 4 de 5); Kaiser Foundation Health Plan, Inc., of Southern California – HMO (obtuvo 4.5 de 5); Kaiser Foundation Health Plan of Washington – HMO (obtuvo 4 de 5). **5.** Consulte la nota 7. **6.** Theodore R. Levin, MD, y otros, “Effects of Organized Colorectal Cancer Screening on Cancer Incidence and Mortality in a Large, Community-Based Population”, *Gastroenterology*, noviembre de 2018. **7.** Elizabeth A. McGlynn, PhD, y otros, “Measuring Premature Mortality Among Kaiser Permanente Members Compared to the Community”, 20 de julio de 2022.

8. Las aplicaciones y los servicios mencionados anteriormente no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud ni por Medicare y tampoco están sujetos a los términos establecidos en su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* u otros documentos del plan. Las aplicaciones y los servicios pueden suspenderse en cualquier momento. **9.** Solo los miembros mayores de 13 años pueden usar las aplicaciones Calm y myStrength. La aplicación Headspace Care y sus servicios no están disponibles para miembros menores de 18 años. **10.** Calm es una de las aplicaciones principales para conciliar el sueño, meditar y relajarse. Cuenta con más de 100 millones de descargas y más de 1.5 millones de reseñas de 5 estrellas. Obtenga más información en calm.com/blog/about. **11.** Los miembros elegibles de Kaiser Permanente pueden comunicarse por mensaje de texto con un asesor a través de la aplicación Headspace Care durante 90 días por año. Una vez que hayan pasado los 90 días, los miembros podrán seguir accediendo a los demás servicios que están disponibles en la aplicación Headspace Care durante el resto del año sin costo alguno. **12.** Los servicios mencionados anteriormente no son beneficios de su plan de salud ni están sujetos a los términos establecidos en su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. Los servicios pueden suspenderse en cualquier momento y sin previo aviso. **13.** Datos internos de Kaiser Permanente, 2019; “12 Trends Influencing the Future of Workplace Benefits,” Aflac, 2018; U.S. Bureau of Labor Statistics, 2018.

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 وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقتنا. 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 شبانه روز 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 شبانه روز 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 के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के 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 केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kee 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 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (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 (공휴일휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍຮ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາສາແຕ່ໃຫ ຫລາຍກວ່າທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ 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 horngx 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 baenge 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 asínílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áq'át'é, t'áá álahjì' jígigo dóó tl'ée'go áádóó tsosts'íjì áq'át'é. Ata' hane' yidííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchiigo, éi doodago hane' bee didíits'ííligíí yidííkił. Hane' bee bik'i' di'dííííligíí dóó bee hane' didíits'ííligíí bína'idíłkidgo yidííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjì', jígigo dóó tl'ée'go áádóó tsosts'íjì áq'át'é. (Dahodilzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayool'ínígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ 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**.

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
 - ◆ Qualified sign language interpreters
 - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ◆ Qualified interpreters
 - ◆ Information written in other languages

If you need these services, call our Member Service Contact Center at **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays). If you cannot hear or speak well, please call **711**.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You may also speak with a Member Services representative about the options that apply to you. Please call Member Services if you need help filing a grievance.

You may submit a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call Member Services at **1 800-464-4000 (TTY 711)** 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays)
- **By mail:** Call us at **1 800-464-4000 (TTY 711)** and ask to have a form sent to you
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at kp.org/facilities for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at kp.org

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinators directly at the addresses below:

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

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370 (TTY 711)**
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)**
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Cuidado para todo lo que es usted



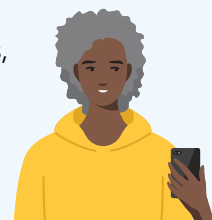
Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)¹

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, consulte a un proveedor de la red de PPO³ de Cigna HealthcareSM. • 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 por 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 recibiendo atención 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 por 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 le 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.

Obtener la certificación previa 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 HealthcareSM 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 Healthcare 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

- 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. Dependiendo del plan, puede elegir adónde ir cuando necesite atención.

Con nuestro plan de proveedores preferidos (PPO), tiene la flexibilidad de recibir atención 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 Healthcare 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 Healthcare 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.

Importante: 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.

Importante: 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

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 la PPO de Cigna Healthcare deben obtenerla en su nombre. Usted no deberá pagar nada si un proveedor de la PPO de Cigna Healthcare no obtiene la certificación previa para los servicios cubiertos.

Tipos de atención



Atención de urgencia

Un asunto médico de urgencia es aquel que requiere atención médica sin demora, en general, en un plazo de 24 a 48 horas, pero 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 necesidad de 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. El plan de PPO de Kaiser Permanente está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), 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, encontrará un directorio en línea de los proveedores participantes. 3. La red de PPO de Cigna HealthcareSM se refiere a los proveedores de atención médica (médicos, hospitales, especialistas) contratados como parte de Cigna Healthcare PPO for 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. 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 HealthcareSM 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 Healthcare está disponible a través de una relación contractual entre Cigna Healthcare y los planes de salud de Kaiser Permanente. La red de PPO de Cigna Healthcare es proporcionada exclusivamente por The Cigna Group o a través de sus subsidiarias en funcionamiento, incluida Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre, el logotipo y otras marcas de Cigna Healthcare son propiedad de Cigna Healthcare 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 **1-800-788-0710** (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
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Phone: 1-800-788-0710

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: 1-800-482-4
TDD (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
Phone: 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 1-800-788-0710. 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 1-800-788-0710. 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，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710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 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bááhlínígóó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' aschíjgo hach'í' yidóoltah biniyé hach'í' ánal'íh leh. Shíká i'doolwoł nínizingo nihich'í' hodílnih koji' 1-800-788-0710 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígíí bikáá'. Áká e'élyeed jinizingo CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íjgo éi íáá bíł azhdilchi'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin 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 필요한 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 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 1-800-788-0710. 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 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

言語サービス（無料）。 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1-800-788-0710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までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهيلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

សេវាភាសាគតិកថ្មីៗ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តូរ។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមគលមលេខដែលមានគោតដើម្បី ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទគោរកស្តងធានាបំរុង វេបកាណីប្រើនីត្យា តាមគលម 1-800-927-4357។ អ្នកគប្បី TTY គោតលេខ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال برقم 711. Arabic

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

บริการด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับคำและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai

La decisión correcta para estar más sano

Tener un buen plan de salud y recibir atención de calidad es importante.
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

PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADO O DEL EMPLEADOR: NO ENVÍE EL FORMULARIO A SU REPRESENTANTE DE KAISER PERMANENTE.

Empleados: Use este formulario únicamente para rechazar la cobertura de salud grupal y envíeselo a su empleador.

Empleadores: Guarde este formulario para sus registros. **Para dar de baja a un suscriptor, use el formulario Subscriber Termination, Transfer, and Reinstatement (Cancelación, transferencia y reactivación de un suscriptor).**

1 INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa	Identificación del grupo (si tiene una asignada)
----------------------	--

2 MOTIVO DEL RECHAZO

Mi empleador me ha ofrecido una cobertura de salud grupal de Kaiser Permanente. Elijo de manera voluntaria no inscribirme en un plan de Kaiser Permanente en este momento. Entiendo que la próxima oportunidad para hacerlo será durante el periodo de inscripción abierta anual o después de un evento calificado.

El motivo del rechazo y el nombre del prestador afectan el requisito de participación.

Motivo del rechazo (marque uno):

- ☐ Tengo la cobertura del plan de salud de otro empleador a través de mi cónyuge, pareja doméstica, padre o madre.
- ☐ Tengo la cobertura de otro plan de salud ofrecido por este empleador.
- ☐ Tengo la cobertura de otro empleador para el que trabajo.
- ☐ Tengo la cobertura grupal a través de COBRA o Cal-COBRA.
- ☐ Tengo la cobertura de Medicare, Medi-Cal o TRICARE (beneficios del ejército o de la Administración de Veteranos).
- ☐ Estoy cubierto por un plan de salud individual.
- ☐ No me interesa inscribirme en este momento.

3 INFORMACIÓN PARA LEER Y FIRMAR

Si rechaza la cobertura para sí mismo, también está rechazando la cobertura para sus dependientes elegibles. Solo puede inscribirse en la cobertura, o cambiarla, durante el 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 especial. Los eventos calificados para la inscripción especial incluyen:

- Aumento de las horas de trabajo de modo tal que cumple el requisito de elegibilidad de su empleador para obtener un plan médico.
- Reincorporación al trabajo después de una licencia.
- Cancelación involuntaria o pérdida de otra cobertura grupal.
- Un dependiente pierde la cobertura que tenía.
- Matrimonio o incorporación de una pareja doméstica.
- Nacimiento, adopción o entrega en adopción de un niño.
- Orden judicial.
- Muerte de un cónyuge, pareja doméstica o dependiente.

Nombre completo (escriba en letra de imprenta)

Firma	Fecha
X	



¿Tiene preguntas sobre Kaiser Permanente?

Hable con un especialista autorizado. Estamos aquí para ayudarle.

Elegir un plan de salud es una decisión importante, pero no tiene que tomarla solo. Nuestros especialistas autorizados están aquí para ayudarle a tomar una decisión informada y elegir un plan que sea adecuado para usted.

Haga preguntas sobre información básica y servicios adicionales, como:

- Dónde puede obtener atención.
- Consultas por video¹ y otras maneras convenientes de obtener atención a distancia.
- Cómo lo beneficia nuestro modelo de atención integrada.
- Servicios de atención especializada.
- Opciones de farmacia convenientes.
- Clases sobre bienestar, pódcast, recursos de cuidado personal y mucho más.²

Escanee el código QR para enviarle un mensaje de texto a un especialista autorizado.



Comuníquese

Llámenos al **1-855-925-2991**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

1. Cuando corresponda y estén disponibles. 2. Los servicios mencionados anteriormente no son beneficios de su plan de salud ni están sujetos a los términos establecidos en su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* u otros documentos del plan. Estos servicios pueden suspenderse en cualquier momento y sin previo aviso, y es posible que tenga que pagar por algunos de ellos. • Estos son los planes de salud de Kaiser Permanente en todo el país: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., en las regiones norte y sur de California y en Hawái • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305, 404-364-7000 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., en Maryland, Virginia y Washington, D. C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Kaiser Foundation Health Plan of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 1300 SW 27th St., Renton, WA 98057

Más información en k-p.li/JoinKP (en inglés)

