

# Encuentre la atención que necesita

a su medida y única como usted



# Vaya adonde se sienta mejor que nunca

Podemos ayudarle a encontrar la atención que necesita, sin importar dónde se encuentre. La atención en Kaiser Permanente es más fácil y rápida, con conexión entre cuidadores, más formas de obtener atención y apoyo para una mente, un cuerpo y un espíritu sanos. Le damos la bienvenida a la atención a su medida y única como usted.

## **Fechas importantes relacionadas con el período de inscripción abierta para 2023**

- El período de inscripción abierta para la cobertura de 2023 inicia el 1 de noviembre de 2022 y termina el 31 de enero de 2023.
- Usted puede cambiar o solicitar la cobertura por medio de Kaiser Permanente o nosotros podemos ayudarle a realizar la solicitud por medio de Covered California.
- Para la cobertura que inicia el 1 de enero de 2023, debemos recibir su Solicitud de cobertura médica y la prima del primer mes a más tardar el 31 de diciembre de 2022.

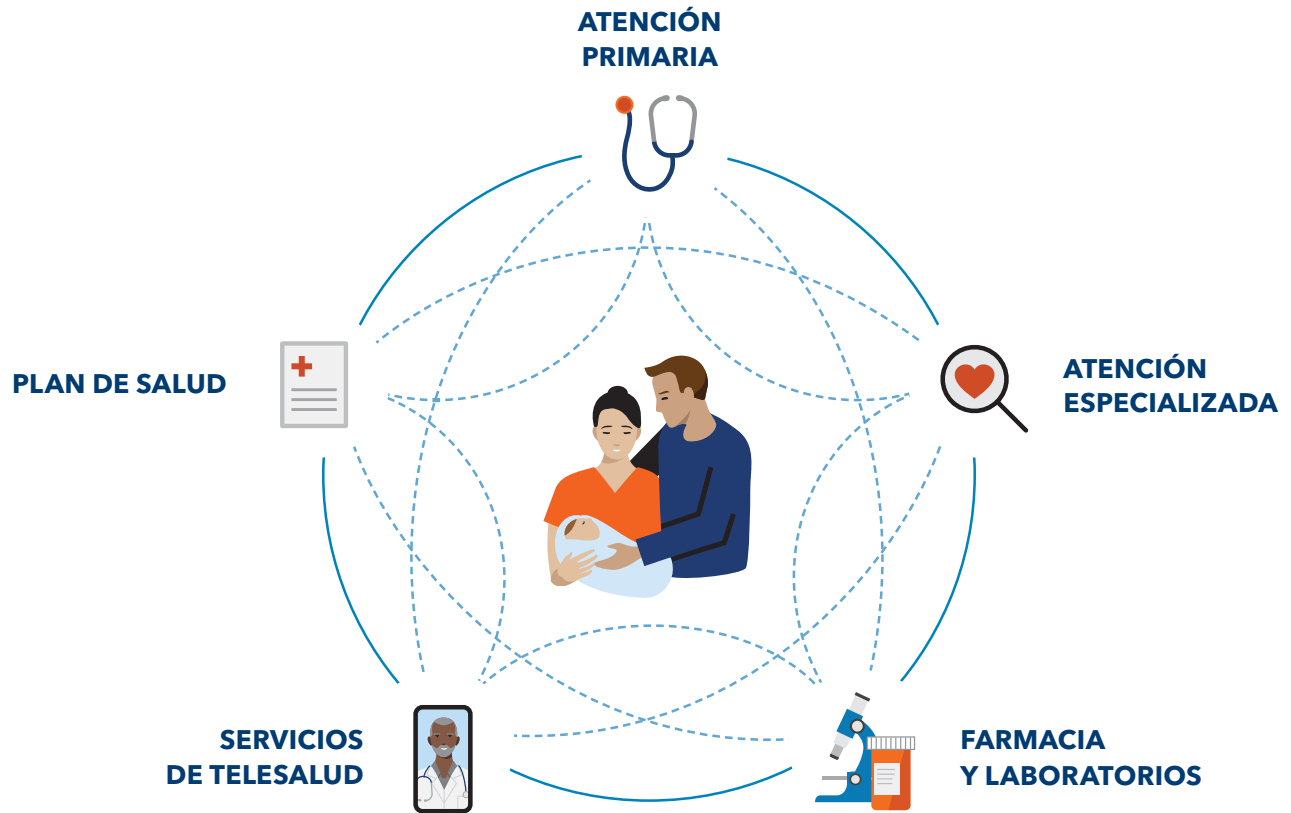
## **Cómo inscribirse durante un período de inscripción especial**

- ¿Planea casarse, mudarse o va a perder su cobertura de salud? También puede inscribirse o cambiar su cobertura en otros momentos a lo largo del año si tiene un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual).
- Visite [kp.org/specialenrollment](https://kp.org/specialenrollment) (haga clic en "Español") para consultar la lista de eventos calificados de vida y las instrucciones.

### **¿Prefiere hablar con alguien? Estamos aquí para ayudarle.**

Un especialista en inscripciones de Kaiser Permanente puede responder sus preguntas, como dónde obtener atención o qué beneficios de salud adicionales están incluidos. Llame al **1-800-494-5314 (TTY 711)**.





## Un servicio diseñado para facilitarle 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 están coordinados para facilitar el acceso a una atención médica de calidad superior. Así, tendrá la tranquilidad de saber que puede recibir atención para una salud integral cuando y donde la necesite, tanto en el consultorio del médico como en la sala de estar de su hogar. Para ver cómo es ser miembro, visite [kp.org/myhealthyplace](https://kp.org/myhealthyplace) (haga clic en "Español").

"Valoro mucho cómo coordinan la atención. Todos los médicos y especialistas pueden acceder a mis expedientes, y no tengo que perder tiempo valioso en repetir mis antecedentes médicos".

—Lisa, miembro de Kaiser Permanente

# Atención centrada en usted

En Kaiser Permanente, la atención es personalizada. Nuestros equipos dirigidos por médicos trabajan conjuntamente para garantizar que la atención que reciba se adapte a sus necesidades. Los equipos de atención de Kaiser Permanente forman parte de la misma red, de manera que es más fácil compartir información, consultar sus antecedentes médicos y brindarle atención personalizada y de alta calidad cuando y donde la necesite.

## La atención que recibe debe adaptarse a usted

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

- Contratamos médicos y personal que hablan más de un idioma.
- Ofrecemos servicios de interpretación telefónica en más de 150 idiomas.
- Mejoramos los resultados en salud de diferentes poblaciones de nuestros miembros para enfermedades como la presión arterial alta, la diabetes y el cáncer de colon.<sup>1</sup>

## Obtenga atención gracias a la historia clínica electrónica



**Comparta sus antecedentes médicos** y cualquier inquietud con su médico personal.



**Su médico coordina su atención**, para que usted no deba preocuparse sobre a dónde ir o a quién llamar después.



**Los futuros equipos de atención** tendrán un panorama completo de sus antecedentes médicos de Kaiser Permanente, sin que usted deba repetir la información.



**Al tener sus antecedentes médicos 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

En la mayoría de los centros, dispone de citas para el mismo día, el día siguiente o el fin de semana, y también citas por teléfono y video.<sup>2</sup>



Visítenos en persona  
en un centro cerca de usted.



Hable con un profesional de la salud  
por teléfono o video.<sup>2</sup>



## Atención virtual las 24 horas según sus horarios

Si un viaje al consultorio del médico no se acomoda a su horario, es fácil obtener apoyo rápido y personalizado; durante el día, la noche o en cualquier momento.

- Programe una consulta por teléfono o video con un médico o profesional clínico de salud.<sup>2</sup>
- Obtenga atención por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Envíe correos electrónicos al consultorio de su médico de Kaiser Permanente con preguntas que no sean urgentes.
- Utilice nuestro cuestionario de consulta electrónica para obtener consejos de atención personalizada para ciertas afecciones, solicitar pruebas y pedir algunos medicamentos recetados en línea.

**Al recibir atención de manera virtual, puede ahorrar dinero y tiempo. La mayoría de los planes incluyen los servicios de telesalud sin cargo adicional.<sup>3</sup>**



## Entrega de medicamentos recetados

Surta sus recetas médicas en línea o con la aplicación de Kaiser Permanente.<sup>4</sup>

- Haga que la mayoría se le envíe directamente a la puerta de su casa.<sup>4</sup>
- Reciba la entrega el mismo día o al día siguiente por una tarifa adicional.<sup>5</sup>
- Pídalos para recogerlos el mismo día.



## Aplicación de Kaiser Permanente

Maneje su salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana con nuestra aplicación. Es una manera fácil y conveniente de hacer todo lo mencionado anteriormente; en cualquier momento y en cualquier lugar.<sup>6</sup>

## Cómo obtener atención cuando viaja

Usted cuenta con cobertura para atención de urgencia y de emergencia en cualquier lugar del mundo. Y si planea viajar, podemos ayudarlo a mantenerse al tanto de su salud cuando esté fuera de casa. Trabajaremos con usted para ver si necesita una vacuna, resurtido de medicamentos recetados y mucho más.



# Calidad clínica destacada en el sector

Somos conocidos por nuestra capacidad para detectar problemas mediante la atención preventiva. No obstante, si su salud necesita recibir atención más compleja, cuenta con cobertura de atención especializada de primer nivel.

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



## 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

Al contar con uno de los grupos médicos multidisciplinarios más grandes del país, podemos ayudarle a ponerse en contacto con el especialista adecuado, quien elaborará un plan personalizado para su atención. Para conocer cómo los especialistas se valen de un sistema conectado para poder trabajar en conjunto, visite [kp.org/specialtycare](https://kp.org/specialtycare) (haga clic en “Español”).

### Apoyo para enfermedades crónicas

Si tiene una afección como la diabetes o una enfermedad del corazón, puede inscribirse en un programa de control de enfermedades en el que recibirá apoyo y asesoramiento personal. Con un enfoque integral respaldado por las mejores prácticas comprobadas y tecnología de 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 –incluso antes de inscribirse– la amplia lista de profesionales y centros disponibles en su área. Así puede inscribirse sabiendo que ha encontrado un médico con quien usted se siente cómodo.



## Transfiera su atención

Transfiera sus recetas médicas fácilmente y haga una cita con un médico que atienda cerca de su hogar, 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](https://kp.org/espanol) y descargue la aplicación de Kaiser Permanente.<sup>6</sup> Luego, maneje su salud cuando y donde lo desee, y en los horarios que le convengan.

### 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 de una cuenta de ahorros para gastos médicos. Nosotros le ayudamos a entender cómo funciona la atención médica. Visite [kp.org/learnthebasics](https://kp.org/learnthebasics) (haga clic en “Español”) para leer información básica.





# Aproveche su membresía al máximo

Tener buena salud va más allá del consultorio médico. Para encontrar la atención que necesita, explore algunas de las opciones convenientes y de los beneficios extra que los miembros tienen a disposición.<sup>8</sup> 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.



## 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



Use la meditación y la atención plena para fortalecer la resiliencia mental, reducir el estrés y mejorar la calidad del sueño.



Defina metas de salud mental, registre sus avances y reciba 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, aun cuando no puedan acudir a uno de nuestros centros de atención, podrán obtener la atención que necesitan cuando la requieran.<sup>2</sup>

117.8 M

## ENCUENTROS VIRTUALES

entre los miembros y sus equipos de atención en 2021<sup>9</sup>



12.6 M

## 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 M

## ENVÍOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

a los hogares de los 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 ubicaciones

Visite [kp.org/doctors](https://kp.org/doctors) (haga clic en "Español") para ver todos los centros de Kaiser Permanente cercanos a usted y navegar por nuestros perfiles de médicos en línea. Puede elegir un médico personal y cambiarlo en cualquier momento, por cualquier motivo.



La lista de médicos y centros de atención incluye a los profesionales y los centros afiliados. Estas estadísticas provienen de múltiples centros de Kaiser Permanente en varios estados.

# Cómo elegir su plan de salud

Ofrecemos una variedad de planes que se adaptan a sus necesidades y a su presupuesto. Todos ofrecen la misma atención de calidad, pero la forma en la que se dividen los costos es diferente.

## Planes de copago o coseguro

Los planes de copago o coseguro son los más simples. Usted sabrá con anticipación cuánto va a pagar por servicios médicos como consultas médicas y medicamentos recetados. Este monto se llama copago. Su prima mensual es más alta, pero pagará mucho menos cuando reciba la atención.

## Planes con deducible: Silver, Bronze y Minimum Coverage

Con un plan con deducible, su prima mensual es menor, pero deberá pagar el costo total de la mayoría de los servicios cubiertos hasta alcanzar un monto fijo conocido como su deducible. Después comenzará a pagar menos, un copago o un coseguro. Dependiendo de su plan, para algunos servicios, como consultas médicas o medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar un copago o coseguro antes de que alcance su deducible.

## Planes de salud con deducible alto que admiten una HSA: Silver y Bronze

Los planes con deducible que admiten una HSA son planes con deducible con una característica especial. Con estos planes puede establecer una cuenta de ahorros de salud (health savings account, HSA) para pagar sus costos de salud, como copagos, coseguros y pagos de deducible. Además, no pagará impuestos federales por el dinero de esta cuenta. Puede usar su HSA en cualquier momento para pagar por su atención, incluso para algunos servicios que quizá no estén cubiertos por su plan, tales como anteojos o cuidado dental para adultos.<sup>10</sup> Y si tiene dinero sobrante en su HSA a fin del año, quedará a su disposición para usarlo el año que viene.

# Ejemplo de sus costos de atención

Supongamos que se lastimó el tobillo. Visita a su médico personal, quien le ordena una radiografía. Es simplemente una torcedura, así que el médico le receta un medicamento genérico para el dolor. Este es un ejemplo de lo que pagaría de su bolsillo por estos servicios con cada tipo de plan de salud.

| Nombre del plan                                 | Visita al consultorio           | Radiografía                     | Medicamento genérico            |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| KP Gold 80 HMO Coinsurance (no deducible)       | \$35                            | \$75                            | \$15*                           |
| KP Silver 70 HMO 2850/50 (\$2,850 de deducible) | \$50                            | \$70 después del deducible      | \$20*                           |
| KP Bronze 60 HDHP HMO (\$7,000 de deducible)    | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible | Sin cargo después del deducible |

\* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

Los costos calculados mencionados anteriormente se obtuvieron de [kp.org/treatmentestimates](https://kp.org/treatmentestimates) (haga clic en "Español"). Puede visitar este sitio en cualquier momento para estimar los cargos por servicios comunes antes de que alcance su deducible.

## ¿Reúne los requisitos para recibir ayuda económica?

Es posible que sea elegible para la asistencia financiera federal o estatal para ayudarle a pagar la atención o cobertura.

Visite [buykp.org/apply](https://buykp.org/apply) (haga clic en "Español") para obtener más detalles.



# Cómo comprender los planes: resumen de beneficios

Las tablas de las siguientes páginas dan una muestra de los beneficios de cada plan. Consulte el diagrama que aparece a continuación para que le ayude a entender cómo leer estas tablas.

## Este es un resumen de cómo usar la tabla.

| Resumen de beneficios                                                                                                        |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>KP</div> <div>Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange</div> </div>                                         |                                                                        |
| Tipo de plan                                                                                                                 | Deducible                                                              |
| Deducible médico anual (individual/familiar)                                                                                 | \$4,750/\$9,500                                                        |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)                                                                         | \$8,750/\$17,500                                                       |
| <b>Beneficios</b>                                                                                                            |                                                                        |
| <b>Atención virtual</b>                                                                                                      |                                                                        |
| Consulta por chat, correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica                                                | Sin cargo                                                              |
| <b>Atención preventiva</b>                                                                                                   |                                                                        |
| Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.                                                                                | Sin cargo                                                              |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>                                                  |                                                                        |
| Visita al consultorio de servicios de atención primaria                                                                      | \$45                                                                   |
| Visita al consultorio de atención especializada                                                                              | \$85                                                                   |
| Mayoría de las radiografías                                                                                                  | \$95                                                                   |
| Mayoría de las pruebas de laboratorio                                                                                        | \$50                                                                   |
| MRI, CT, PET                                                                                                                 | \$325                                                                  |
| Cirugía ambulatoria                                                                                                          | 20 %                                                                   |
| Consulta de salud mental                                                                                                     | \$45                                                                   |
| <b>Atención del paciente hospitalizado</b>                                                                                   |                                                                        |
| Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | 30 % después del deducible                                             |
| <b>Maternidad</b>                                                                                                            |                                                                        |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto                                                          | Sin cargo                                                              |
| Parto y atención del bebé sano en el hospital                                                                                | 30 % después del deducible                                             |
| <b>Atención de emergencia y de urgencia</b>                                                                                  |                                                                        |
| Consulta en el Departamento de Emergencias                                                                                   | \$400                                                                  |
| Consulta de atención de urgencia                                                                                             | \$45                                                                   |
| <b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>                                                                  |                                                                        |
| Genérico                                                                                                                     | \$16 después del deducible de farmacia de \$85*                        |
| De marca preferida                                                                                                           | \$60 después del deducible de farmacia de \$85*                        |
| De marca no preferida                                                                                                        | \$60 después del deducible de farmacia de \$85*                        |
| Especializado                                                                                                                | 20 % después del deducible de farmacia de \$85, hasta \$250 por receta |
| <b>Salud integral</b>                                                                                                        |                                                                        |
| Servicios para mantenerse sano                                                                                               | Promociones de óptica†<br>kp2020.org (en inglés)                       |

**KP** Ofrecido a través de Kaiser Permanente

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud

### Deducible anual

Usted debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarlo a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Bajo este plan de muestra, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$4,750 para usted u \$9,500 para su familia. A partir de ese momento, usted comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.

### Gastos máximos de bolsillo anuales\*

Este es el monto máximo que usted pagará por atención durante el año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$8,750 por usted y no más de \$17,500 por su familia por concepto de copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

### Atención preventiva sin cargo

La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluidos los exámenes físicos de rutina y las mamografías, están cubiertos sin cargo. Además, no quedan sujetos al deducible.

### Cubierto antes de alcanzar el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las consultas de atención primaria están cubiertas con un copago de \$45, incluso antes de alcanzar el deducible. Con nuestros planes con deducible Silver, la atención médica primaria, la atención especializada y las consultas de atención de urgencia están todas cubiertas antes de alcanzar su deducible.

### Coseguro

Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los cargos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, usted pagaría 30 % del costo por día de su atención para pacientes hospitalizados después de alcanzar su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

### Copago

Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general después de que alcance su deducible. En este ejemplo, usted comenzaría a pagar un copago de \$45 por consultas de atención de urgencia, así haya alcanzado o no su deducible.

\* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

†Los programas de descuentos y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos que no sean Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

**KP** Ofrecido a través de Kaiser Permanente

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com

| Resumen de beneficios                                                                                                        | <b>KP</b><br>Kaiser Permanente -<br>Bronze 60 HMO 8200/0% | <b>KP</b> <b>E</b><br>Kaiser Permanente -<br>Bronze 60 HDHP HMO                                                                  | <b>KP</b> <b>E</b><br>Kaiser Permanente -<br>Bronze 60 HMO              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de plan                                                                                                                 | <b>Deducible</b>                                          | <b>Compatibilidad con una HSA</b>                                                                                                | <b>Deducible</b>                                                        |
| Deducible médico anual (individual/familiar)                                                                                 | \$8,200/\$16,400                                          | \$7,000/\$14,000                                                                                                                 | \$6,300/\$12,600                                                        |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)                                                                         | \$8,200/\$16,400                                          | \$7,000/\$14,000                                                                                                                 | \$8,600/\$17,200                                                        |
| <b>Beneficios</b>                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| <b>Atención virtual</b>                                                                                                      |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica                                                      | Sin cargo                                                 | Consulta por correo electrónico, consulta electrónica: Sin cargo. Consulta por teléfono y video: Sin cargo después del deducible | Sin cargo                                                               |
| <b>Atención preventiva</b>                                                                                                   |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.                                                                                | Sin cargo                                                 | Sin cargo                                                                                                                        | Sin cargo                                                               |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>                                                  |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Visita al consultorio de servicios de atención primaria                                                                      | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | Primeras tres visitas \$65, luego \$65 después del deducible†           |
| Visita al consultorio de atención especializada                                                                              | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | Primeras tres visitas \$95, luego \$95 después del deducible†           |
| Mayoría de las radiografías                                                                                                  | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible                                              |
| Mayoría de las pruebas de laboratorio                                                                                        | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | \$40                                                                    |
| MRI, CT, PET                                                                                                                 | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible                                              |
| Cirugía ambulatoria                                                                                                          | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible                                              |
| Consulta de salud mental                                                                                                     | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | Sin cargo                                                               |
| <b>Atención del paciente hospitalizado</b>                                                                                   |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible                                              |
| <b>Maternidad</b>                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto                                                          | Sin cargo                                                 | Sin cargo                                                                                                                        | Sin cargo                                                               |
| Parto y atención del bebé sano en el hospital                                                                                | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible                                              |
| <b>Atención de emergencia y de urgencia</b>                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Consulta en el Departamento de Emergencias                                                                                   | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible                                              |
| Consulta de atención de urgencia                                                                                             | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | Primeras tres visitas \$65, luego \$65 después del deducible†           |
| <b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>                                                                  |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Genérico                                                                                                                     | \$20*                                                     | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | \$18 después del deducible de farmacia de \$500*                        |
| De marca preferida                                                                                                           | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por receta |
| De marca no preferida                                                                                                        | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por receta |
| Especializado                                                                                                                | Sin cargo después del deducible                           | Sin cargo después del deducible                                                                                                  | 40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por receta |
| <b>Salud integral</b>                                                                                                        |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                         |
| Servicios para mantenerse sano                                                                                               | Promociones de óptica†<br><b>kp2020.org</b> (en inglés)   | Promociones de óptica†<br><b>kp2020.org</b> (en inglés)                                                                          | Promociones de óptica†<br><b>kp2020.org</b> (en inglés)                 |

† El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye tres visitas al consultorio por el beneficio de copago antes de alcanzar su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, de salud mental para pacientes ambulatorios o de abuso de sustancias.

\* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.

**KP** Ofrecido a través de Kaiser Permanente

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com

| Resumen de beneficios                                                                                                        | KP<br>Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/20%                                                                            | KP<br>Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange                   | E<br>Kaiser Permanente - Silver 70 HMO                                 | KP<br>Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de plan                                                                                                                 | Compatibilidad con una HSA                                                                                                       | Deducible                                                              | Deducible                                                              | Deducible                                                               |
| Deducible médico anual (individual/familiar)                                                                                 | \$3,600/\$7,200                                                                                                                  | \$4,750/\$9,500                                                        | \$4,750/\$9,500                                                        | \$2,850/\$5,700                                                         |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)                                                                         | \$7,000/\$14,000                                                                                                                 | \$8,750/\$17,500                                                       | \$8,750/\$17,500                                                       | \$8,750/\$17,500                                                        |
| <b>Beneficios</b>                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| <b>Atención virtual</b>                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica                                                      | Consulta por correo electrónico, consulta electrónica: Sin cargo. Consulta por teléfono y video: Sin cargo después del deducible | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                               |
| <b>Atención preventiva</b>                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.                                                                                | Sin cargo                                                                                                                        | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                               |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>                                                  |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Visita al consultorio de servicios de atención primaria                                                                      | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$45                                                                   | \$45                                                                   | \$50                                                                    |
| Visita al consultorio de atención especializada                                                                              | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$85                                                                   | \$85                                                                   | \$80                                                                    |
| Mayoría de las radiografías                                                                                                  | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$95                                                                   | \$95                                                                   | \$70 después del deducible                                              |
| Mayoría de las pruebas de laboratorio                                                                                        | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$50                                                                   | \$50                                                                   | \$30 después del deducible                                              |
| MRI, CT, PET                                                                                                                 | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$325                                                                  | \$325                                                                  | \$350 después del deducible                                             |
| Cirugía ambulatoria                                                                                                          | 20 % después del deducible                                                                                                       | 20 %                                                                   | 20 %                                                                   | 35 % después del deducible                                              |
| Consulta de salud mental                                                                                                     | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$45                                                                   | \$45                                                                   | \$50                                                                    |
| <b>Atención del paciente hospitalizado</b>                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | 20 % después del deducible                                                                                                       | 30 % después del deducible                                             | 30 % después del deducible                                             | 35 % después del deducible                                              |
| <b>Maternidad</b>                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto                                                          | Sin cargo                                                                                                                        | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                               |
| Parto y atención del bebé sano en el hospital                                                                                | 20 % después del deducible                                                                                                       | 30 % después del deducible                                             | 30 % después del deducible                                             | 35 % después del deducible                                              |
| <b>Atención de emergencia y de urgencia</b>                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Consulta en el Departamento de Emergencias                                                                                   | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$400                                                                  | \$400                                                                  | \$350 después del deducible                                             |
| Consulta de atención de urgencia                                                                                             | 20 % después del deducible                                                                                                       | \$45                                                                   | \$45                                                                   | \$50                                                                    |
| <b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Genérico                                                                                                                     | 20 % después del deducible, hasta \$250 por receta                                                                               | \$16 después del deducible de farmacia de \$85*                        | \$16 después del deducible de farmacia de \$85*                        | \$20*                                                                   |
| De marca preferida                                                                                                           | 20 % después del deducible, hasta \$250 por receta                                                                               | \$60 después del deducible de farmacia de \$85*                        | \$60 después del deducible de farmacia de \$85*                        | \$75 después del deducible de farmacia de \$450*                        |
| De marca no preferida                                                                                                        | 20 % después del deducible, hasta \$250 por receta                                                                               | \$60 después del deducible de farmacia de \$85*                        | \$60 después del deducible de farmacia de \$85*                        | \$75 después del deducible de farmacia de \$450*                        |
| Especializado                                                                                                                | 20 % después del deducible, hasta \$250 por receta                                                                               | 20 % después del deducible de farmacia de \$85, hasta \$250 por receta | 20 % después del deducible de farmacia de \$85, hasta \$250 por receta | 35 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$250 por receta |
| <b>Salud integral</b>                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |                                                                         |
| Servicios para mantenerse sano                                                                                               | Promociones de óptica†<br>kp2020.org (en inglés)                                                                                 | Promociones de óptica†<br>kp2020.org (en inglés)                       | Promociones de óptica†<br>kp2020.org (en inglés)                       | Promociones de óptica†<br>kp2020.org (en inglés)                        |

\* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.

- KP** Ofrecido a través de Kaiser Permanente
- E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com

| Resumen de beneficios                                                                                                        | <b>KP</b> <b>E</b><br>Kaiser Permanente - Gold 80 HMO                                        | <b>KP</b> <b>E</b><br>Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance                            | <b>KP</b> <b>E</b><br>Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO                                    | <b>KP</b> <b>E</b><br>Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO <sup>††</sup>                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de plan                                                                                                                 | <b>Copago</b>                                                                                | <b>Copago</b>                                                                                | <b>Copago</b>                                                                                | <b>Deducible</b>                                                                                                   |
| Deducible médico anual (individual/familiar)                                                                                 | Ninguno/Ninguno                                                                              | Ninguno/Ninguno                                                                              | Ninguno/Ninguno                                                                              | \$9,100/\$18,200                                                                                                   |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)                                                                         | \$8,550/\$17,100                                                                             | \$8,550/\$17,100                                                                             | \$4,500/\$9,000                                                                              | \$9,100/\$18,200                                                                                                   |
| <b>Beneficios</b>                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| <b>Atención virtual</b>                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica                                                      | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                                          |
| <b>Atención preventiva</b>                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.                                                                                | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                                          |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>                                                  |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Visita al consultorio de servicios de atención primaria                                                                      | \$35                                                                                         | \$35                                                                                         | \$15                                                                                         | Las primeras 3 visitas al consultorio no tienen costo.*** Las demás visitas no tienen costo después del deducible. |
| Visita al consultorio de atención especializada                                                                              | \$65                                                                                         | \$65                                                                                         | \$30                                                                                         | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| Mayoría de las radiografías                                                                                                  | \$75                                                                                         | \$75                                                                                         | \$30                                                                                         | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| Mayoría de las pruebas de laboratorio                                                                                        | \$40                                                                                         | \$40                                                                                         | \$15                                                                                         | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| MRI, CT, PET                                                                                                                 | \$75                                                                                         | 25 %                                                                                         | \$75                                                                                         | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| Cirugía ambulatoria                                                                                                          | \$190                                                                                        | 20 %                                                                                         | \$125                                                                                        | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| Consulta de salud mental                                                                                                     | \$35                                                                                         | \$35                                                                                         | \$15                                                                                         | Sin cargo                                                                                                          |
| <b>Atención del paciente hospitalizado</b>                                                                                   |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | \$350 por día hasta 5 días**                                                                 | 30 %                                                                                         | \$250 por día hasta 5 días**                                                                 | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| <b>Maternidad</b>                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto                                                          | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                    | Sin cargo                                                                                                          |
| Parto y atención del bebé sano en el hospital                                                                                | \$350 por día hasta 5 días**                                                                 | 30 %                                                                                         | \$250 por día hasta 5 días**                                                                 | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| <b>Atención de emergencia y de urgencia</b>                                                                                  |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Consulta en el Departamento de Emergencias                                                                                   | \$350                                                                                        | \$350                                                                                        | \$150                                                                                        | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| Consulta de atención de urgencia                                                                                             | \$35                                                                                         | \$35                                                                                         | \$15                                                                                         | Las primeras 3 visitas al consultorio no tienen costo.*** Las demás visitas no tienen costo después del deducible. |
| <b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>                                                                  |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Genérico                                                                                                                     | \$15*                                                                                        | \$15*                                                                                        | \$5*                                                                                         | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| De marca preferida                                                                                                           | \$60*                                                                                        | \$60*                                                                                        | \$15*                                                                                        | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| De marca no preferida                                                                                                        | \$60*                                                                                        | \$60*                                                                                        | \$15*                                                                                        | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| Especializado                                                                                                                | 20 % hasta \$250 por receta                                                                  | 20 % hasta \$250 por receta                                                                  | 10 % hasta \$250 por receta                                                                  | Sin cargo después del deducible                                                                                    |
| <b>Salud integral</b>                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                    |
| Servicios para mantenerse sano                                                                                               | Promociones de óptica <sup>†</sup><br><a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) | Promociones de óptica <sup>†</sup><br><a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) | Promociones de óptica <sup>†</sup><br><a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés) | Promociones de óptica <sup>†</sup><br><a href="http://kp2020.org">kp2020.org</a> (en inglés)                       |

\* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

<sup>†</sup> Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

<sup>‡</sup> El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye tres visitas al consultorio por el beneficio de copago antes de alcanzar su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, de salud mental para pacientes ambulatorios o de abuso de sustancias.

\*\* Después de 5 días sin cargo por servicios cubiertos relacionados con la hospitalización.

<sup>††</sup> Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

\*\*\* El plan Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO incluye tres visitas al consultorio sin cargo antes de alcanzar su deducible. Las visitas al consultorio incluyen atención primaria y atención de urgencia.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.



**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios para la salud Covered California

## Planes de reducción del costo compartido (CSR)

Tiene que cumplir con los requisitos e inscribirse en los planes CSR en esta página a través de Covered California.

| Resumen de beneficios                                                                                                        | <b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 73 HMO                          | <b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 87 HMO                             | <b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 94 HMO                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Tipo de plan                                                                                                                 | <b>Deducible</b>                                                    | <b>Deducible</b>                                                       | <b>Deducible</b>                                                    |
| Deducible médico anual (individual/familiar)                                                                                 | \$4,750/\$9,500                                                     | \$800/\$1,600                                                          | \$75/\$150                                                          |
| Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)                                                                         | \$7,250/\$14,500                                                    | \$3,000/\$6,000                                                        | \$900/\$1,800                                                       |
| <b>Beneficios</b>                                                                                                            |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| <b>Atención virtual</b>                                                                                                      |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Consulta por correo electrónico, teléfono, video y consulta electrónica                                                      | Sin cargo                                                           | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                           |
| <b>Atención preventiva</b>                                                                                                   |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.                                                                                | Sin cargo                                                           | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                           |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)</b>                                                  |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Visita al consultorio de servicios de atención primaria                                                                      | \$45                                                                | \$15                                                                   | \$5                                                                 |
| Visita al consultorio de atención especializada                                                                              | \$85                                                                | \$25                                                                   | \$8                                                                 |
| Mayoría de las radiografías                                                                                                  | \$90                                                                | \$40                                                                   | \$8                                                                 |
| Mayoría de las pruebas de laboratorio                                                                                        | \$50                                                                | \$20                                                                   | \$8                                                                 |
| MRI, CT, PET                                                                                                                 | \$325                                                               | \$100                                                                  | \$50                                                                |
| Cirugía ambulatoria                                                                                                          | 20 %                                                                | 15 %                                                                   | 10 %                                                                |
| Consulta de salud mental                                                                                                     | \$45                                                                | \$15                                                                   | \$5                                                                 |
| <b>Atención del paciente hospitalizado</b>                                                                                   |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental | 30 % después del deducible                                          | 25 % después del deducible                                             | 10 % después del deducible                                          |
| <b>Maternidad</b>                                                                                                            |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto                                                          | Sin cargo                                                           | Sin cargo                                                              | Sin cargo                                                           |
| Parto y atención del bebé sano en el hospital                                                                                | 30 % después del deducible                                          | 25 % después del deducible                                             | 10 % después del deducible                                          |
| <b>Atención de emergencia y de urgencia</b>                                                                                  |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Consulta en el Departamento de Emergencias                                                                                   | \$400                                                               | \$150                                                                  | \$50                                                                |
| Consulta de atención de urgencia                                                                                             | \$45                                                                | \$15                                                                   | \$5                                                                 |
| <b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>                                                                  |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Genérico                                                                                                                     | \$16 después del deducible de farmacia de \$30*                     | \$5 después del deducible de farmacia de \$25*                         | \$3*                                                                |
| De marca preferida                                                                                                           | \$55 después del deducible de farmacia de \$30*                     | \$25 después del deducible de farmacia de \$25*                        | \$10*                                                               |
| De marca no preferida                                                                                                        | \$55 después del deducible de farmacia de \$30*                     | \$25 después del deducible de farmacia de \$25*                        | \$10*                                                               |
| Especializado                                                                                                                | 20 % después del deducible de farmacia de \$30, hasta \$250 receta  | 15 % después del deducible de farmacia de \$25, hasta \$150 por receta | 10 % hasta \$150 por receta                                         |
| <b>Salud integral</b>                                                                                                        |                                                                     |                                                                        |                                                                     |
| Servicios para mantenerse sano                                                                                               | Promociones de óptica <sup>†</sup><br><b>kp2020.org</b> (en inglés) | Promociones de óptica <sup>†</sup><br><b>kp2020.org</b> (en inglés)    | Promociones de óptica <sup>†</sup><br><b>kp2020.org</b> (en inglés) |

\* Pedido por correo: suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados calificados por el costo de un suministro de 60 días.

† Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor.

# Plan de seguro dental opcional para adultos

El plan de seguro dental opcional para adultos de Kaiser Permanente es un plan excelente. Elija de entre más de 25,000 proveedores de Delta Dental o elija otro dentista que prefiera. Su plan de salud de Kaiser Permanente incluye beneficios dentales pediátricos para los miembros menores de edad hasta el final del mes en el que cumplen 19 años.

## Cómo funciona el plan

- **Los servicios preventivos no tienen deducible.** El deducible es el monto que deberá pagar todos los años por servicios cubiertos antes de que Delta Dental empiece a pagar. Con este plan, no hay un deducible para los servicios de diagnóstico o preventivos, como limpiezas y radiografías. Para otros servicios, hay un deducible anual de \$25 por persona, hasta un máximo de \$75 por toda su familia.
- **Ahorro de costos.** Por lo general, pagará menos cuando visite a un proveedor de la PPO de Delta Dental, así que aproveche los más de 12,000 dentistas de la PPO de Delta Dental en California. Si no visita a un dentista de la PPO de Delta Dental, recuerde que también tiene acceso a dentistas en la red Delta Dental Premier. Por lo general, pagará más si acude a un dentista de Delta Dental Premier en lugar de a un dentista de la PPO de Delta Dental, pero menos de lo que pagaría si visita a un dentista que no es de Delta Dental.
- **Cobertura para toda la familia.** Si se inscribe, todos los adultos en su plan de salud también deben estar inscritos. Es decir, no puede elegir inscribir a algunos miembros de su familia en el plan de atención dental y no inscribir a otros.
- **Monto máximo anual.** El plan pagará hasta \$1,000 por año para los servicios dentales de cada miembro cubierto.

- **Períodos de espera.** Algunos servicios dentales están sujetos a un período de espera antes de que el plan cubra los cargos. Vea la Tabla de Asignaciones en su *Certificado de Seguro* para conocer los servicios dentales específicos que tienen períodos de espera.

## Cómo inscribirse

Para solicitar la inscripción en el plan de seguro dental opcional para adultos, simplemente marque la casilla correspondiente en su solicitud.

- Si elige no inscribirse en este momento no podrá volver a inscribirse hasta su próximo período de inscripción abierta.
- La cobertura dental solo puede adquirirse si se inscribe o ya está inscrito en un plan de salud de Kaiser Permanente.
- Una vez que está inscrito no puede cancelar su cobertura dental sin cancelar su cobertura de salud regular a menos que haga el cambio durante el período de inscripción abierta o un período de inscripción especial.

### Tarifa mensual para 2023

\$31.38 por miembro



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION



**KAISER PERMANENTE®**

Kaiser Permanente Insurance Company

## ¿Tiene alguna pregunta?

Llame al **1-800-933-9312**, de 8 a. m. a 4 p. m., de lunes a viernes. Mencione el número de grupo de referencia cuando llame: n.º 50146 para NCAL, n.º 50147 para SCAL.

- Visite **deltadentalins.com** para obtener una lista de los proveedores de la PPO o Premier en su área.
- Una vez inscrito, puede comunicarse a la línea de servicio al cliente de Delta Dental al **1-800-835-2244**, de 5 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, para obtener información sobre las reclamos, la elegibilidad, los beneficios y para encontrar un proveedor de Delta Dental en su área.

Este plan de seguro dental de Kaiser Permanente está suscrito por KPIC (Kaiser Permanente Insurance Company), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y es administrado por Delta Dental de California. Para obtener más información, llame a Delta Dental al 1-800-933-9312 (si ya está inscrito, llame sin costo al 1-800-835-2244).

# Resumen de beneficios dentales

Si se inscribe en el plan de atención dental recibirá un *Certificado de Seguro*, que incluye una Tabla de Asignaciones que enumera todos los servicios cubiertos y el monto que paga el plan por cada uno.\*

| Procedimiento                                                                                                                                                            | ¿Qué paga el plan? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Procedimientos de diagnóstico</b>                                                                                                                                     |                    |
| Examen bucal                                                                                                                                                             | \$25.20            |
| Radiografías: serie completa, incluidas las radiografías de mordida                                                                                                      | \$54.00            |
| <b>Procedimientos preventivos</b>                                                                                                                                        |                    |
| Limpieza                                                                                                                                                                 | \$43.20            |
| <b>Procedimientos de restauración</b>                                                                                                                                    |                    |
| Empastes <sup>†</sup> (Nota: Los empastes tienen un período de espera de 6 meses)                                                                                        |                    |
| Amalgama una superficie, primaria o permanente                                                                                                                           | \$35.00            |
| Empaste compuesto a base de resina una superficie, anterior                                                                                                              | \$46.00            |
| Coronas <sup>†</sup> (Nota: Las coronas tienen un período de espera de 6 meses)                                                                                          |                    |
| Resina con metal altamente noble                                                                                                                                         | \$182.00           |
| <b>Procedimientos de endodoncia</b>                                                                                                                                      |                    |
| Endodoncia <sup>†</sup> (Nota: La endodoncia tiene un período de espera de 6 meses)                                                                                      |                    |
| Anterior (sin restauración final)                                                                                                                                        | \$193.00           |
| Bicúspide (sin restauración final)                                                                                                                                       | \$227.00           |
| Molar (sin restauración final)                                                                                                                                           | \$306.00           |
| <b>Procedimientos quirúrgicos bucales y maxilofaciales<sup>†</sup></b> (Nota: Los procedimientos de cirugía bucal y maxilofacial tienen un período de espera de 6 meses) |                    |
| Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extirpación con fórceps)                                                                                   | \$39.00            |
| Extirpación quirúrgica de un diente erupcionado que requiera extracción de hueso o disección de un diente                                                                | \$74.00            |

Los montos de los pagos del plan son solo una muestra y se deben usar solamente con fines ilustrativos. Consulte la Tabla de Asignaciones en el *Certificado de Seguro* para ver la lista precisa y completa de los beneficios y las asignaciones, así como de los tratamientos y servicios que no están cubiertos. Para recibir un *Certificado de Seguro*, llame a Delta Dental de California.

\* La Tabla de asignaciones es una lista del monto máximo, o sea la asignación máxima, que pagará el plan por cada servicio dental cubierto. El plan pagará el monto en dólares más bajo de los siguientes tres: la tarifa del dentista usual, acostumbrada y razonable, la tarifa que realmente se aplica o la asignación. Cualquier diferencia entre la asignación y la tarifa del dentista deberá pagarla el paciente.

<sup>†</sup> El período de espera es el período de tiempo que usted y sus dependientes cubiertos deben estar cubiertos de forma continua por el Plan de Seguro Dental antes de que un servicio dental específico empiece a ser un beneficio cubierto. Algunos servicios dentales cubiertos están sujetos a un período de espera. Vea la Tabla de Asignaciones en su *Certificado de Seguro* para conocer los servicios dentales específicos que tienen períodos de espera.

1. Kaiser Permanente mejoró el control de la presión arterial de nuestros miembros negros/afroamericanos con hipertensión, aumentó las tasas de exámenes de detección de cáncer colorrectal en nuestros miembros hispanos/latinos, y mejoró el control de azúcar en la sangre en nuestros miembros con diabetes. Los datos autoinformados de raza y etnia están reflejados en KP HealthConnect, y las medidas HEDIS® se actualizan trimestralmente en el CORE Datamart interregional. 2. Cuando corresponda y estén disponibles. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono o 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 las órdenes de medicamentos recetados; pueden aplicarse tarifas adicionales. Para obtener más información, comuníquese con la farmacia. 5. Los servicios de entrega de recetas médicas el mismo día o el siguiente pueden estar disponibles por una tarifa 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 medicamentos recetados 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 registrado en [kp.org/espanol](https://kp.org/espanol). 7. Calificaciones de Kaiser Permanente en el HEDIS® 2021. 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 son proporcionados por Quality Compass 2021 y se usan con permiso del NCQA. Quality Compass 2021 incluye ciertos datos de la CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Cualquier presentación, 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 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). 8. Algunos de estos servicios pueden no estar cubiertos por los beneficios de su plan de salud o sujetos a los términos establecidos en su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. Los servicios que no son beneficios del plan de salud pueden suspenderse en cualquier momento sin previo aviso. 9. Panel de Información sobre Telesalud de Kaiser Permanente. 10. Para una lista completa de servicios que puede pagar con su HSA, vea la Publicación 502, Medical and Dental Expenses en [irs.gov](https://irs.gov).

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

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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).



## **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](http://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 bááhlínígóó há ata' hane.** Ata' halne'í há shónáot'eeh dóó naaltsoos t'áa hazaad bee bik'i' ashchíigo hach'i' yídóoltah biniyé hach'i' anál'íih tēh. Shíká i'doolwoł nínizingo nihich'i' hodiílnih koji' 1-800-464-4000 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígíi bikáá'. Áká e'élyeed jinizingo CA Dept. of Insurance bich'i' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íigo éi íáá bił azhdilchi'. Navajo

**Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí.** Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc giấy tờ, tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi ở số điện thoại ghi trên thẻ ID hội viên hoặc số 1-800-464-4000. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo hiểm CA ở 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 1-800-464-4000번으로 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 1-800-464-4000. 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 переводческие услуги.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, который переведет вам документы на ваш язык. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру телефону, указанному в вашей идентификационной карточке 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 TTY, 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. Farsi

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

## Notas

## Notas

# Le ayudamos a encontrar la atención que necesita

Es importante tener un buen plan de salud para nuestra tranquilidad. También es importante obtener 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 **1-800-494-5314** (TTY **711**).

Visite [kp.org/myhealthyplace](https://kp.org/myhealthyplace) (haga clic en "Español") para averiguar cómo podemos mejorar su experiencia de atención, sin importar en qué etapa de la vida se encuentre.

**Los miembros actuales que tengan alguna pregunta** pueden llamar a la 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 que usan los servicios de interpretación)
- **1-800-788-0616** (español)
- **1-800-757-7585** (dialectos chinos)
- **711** (TTY)



En California, los planes de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.

[buykp.org](https://buykp.org) (haga clic en "Español")

 **KAISER PERMANENTE®**