

Dịch vụ phòng ngừa

Chủ động quản lý dịch vụ chăm sóc phòng ngừa có thể giúp quý vị:

- Phát hiện các vấn đề về sức khỏe trước khi những vấn đề đó trở nên nghiêm trọng
- Theo dõi huyết áp và mức cholesterol trước khi vấn đề xuất hiện
- Chủng ngừa để phòng tránh bệnh tật
- Tìm hiểu thêm để biết dịch vụ chăm sóc phòng ngừa là gì và có thể giúp quý vị giữ gìn sức khỏe như thế nào.

Tôi có được đài thọ cho dịch vụ chăm sóc phòng ngừa không?

Với hầu hết các chương trình bảo hiểm sức khỏe của Kaiser Permanente, quý vị có thể nhận được hầu hết các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa hoàn toàn miễn phí.¹ Do đó, quý vị luôn được đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa cơ bản, như tiêm phòng cúm và thăm khám sức khỏe định kỳ. Và tùy thuộc vào nơi sinh sống, quý vị có thể được đài thọ cho nhiều quyền lợi phòng ngừa hơn.

Lưu ý: Trong lần thăm khám chăm sóc phòng ngừa, bác sĩ có thể yêu cầu quý vị làm thêm các dịch vụ hoặc xét nghiệm có tính phí. Đây là những dịch vụ chẩn đoán và khác với dịch vụ chăm sóc phòng ngừa.

Hãy tìm hiểu thêm để biết chênh lệch chi phí giữa dịch vụ chăm sóc phòng ngừa và dịch vụ chăm sóc chẩn đoán.

Vui lòng tham khảo bản tóm tắt quyền lợi để biết chương trình của quý vị đài thọ cho các dịch vụ phòng ngừa và chẩn đoán như thế nào. Chỉ cần đăng nhập vào tài khoản của quý vị trên trang kp.org (bằng tiếng Anh), sau đó nhấp vào “Benefits Usage Status” (Trạng Thái Sử Dụng Quyền Lợi) trong phần “Coverage & Costs” (Bảo Hiểm và Chi Phí).

Làm thế nào để biết thông tin này có áp dụng cho chương trình của quý vị hay không

Thông tin về dịch vụ phòng ngừa này áp dụng cho các chương trình bảo hiểm cá nhân và theo nhóm không được miễn trừ, không chỉ dành riêng cho người nghỉ hưu, có đài thọ cho các dịch vụ phòng ngừa mà không tính thêm chi phí.¹ Thông tin này không áp dụng cho Medicare hoặc các chương trình được miễn trừ dành riêng cho người nghỉ hưu.

Hãy xem Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị hoặc các tài liệu bảo hiểm khác để biết thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm theo chương trình của quý vị. Nếu có chương trình bảo hiểm theo nhóm, quý vị cũng có thể trao đổi với người quản lý quyền lợi tại hãng sở của mình.

Thông tin cập nhật cho năm 2026

Dưới đây là những thay đổi về quyền lợi trong năm 2026 theo yêu cầu của Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (Affordable Care Act, ACA). Hiện nay, hầu hết chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ sau đây cho năm chương trình hoặc năm hợp đồng bảo hiểm bắt đầu vào hoặc sau ngày 1 tháng 1 năm 2026:

- Dịch vụ khám sàng lọc ung thư vú bổ sung dành cho phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh ở mức trung bình
 - Dịch vụ chụp chiếu (ví dụ: chụp cộng hưởng từ, siêu âm, chụp quang tuyến vú) và đánh giá bệnh lý học khi có chỉ định lâm sàng sau khi chụp quang tuyến vú sàng lọc ban đầu nhằm hoàn tất quy trình khám sàng lọc
- Dịch vụ hướng dẫn bệnh nhân trong quá trình khám sàng lọc ung thư vú và ung thư cổ tử cung

Các dịch vụ phòng ngừa dành cho người trưởng thành

- Khám sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng dành cho nam giới trong độ tuổi từ 65 đến 75 đã từng hút thuốc (sàng lọc một lần)

- Khám sàng lọc và tư vấn về tình trạng lạm dụng rượu bia
- Khám sàng lọc ung thư phổi hàng năm bằng kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính liều thấp và tư vấn dành cho người lớn trong độ tuổi từ 50 đến 80 được đánh giá là có nguy cơ cao dựa trên tiền sử hút thuốc hiện tại hoặc trước đây
- Khám sàng lọc chứng lo âu cho người lớn
- Can thiệp tư vấn hành vi để thúc đẩy chế độ ăn uống lành mạnh và hoạt động thể chất cho người lớn có các yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch
- Tư vấn hành vi cho người lớn có quan hệ tình dục, những người có nguy cơ cao mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Can thiệp tư vấn hành vi để hạn chế sử dụng và cai thuốc lá
- Khám sàng lọc huyết áp
- Khám sàng lọc ung thư đại tràng cho người lớn trong độ tuổi từ 45 đến 75, bao gồm:
 - Tư vấn trước khi khám sàng lọc
 - Làm sạch ruột
 - Kiểm tra bệnh lý bằng xét nghiệm sinh thiết polyp
- Khám sàng lọc bệnh trầm cảm
- Thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (*Food and Drug Administration, FDA*) phê duyệt để cai thuốc lá, kể cả thuốc mua tự do khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa
- Dịch vụ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (*Preexposure Prophylaxis, PrEP*) được FDA phê duyệt với liệu pháp kháng retrovirus hiệu quả cho những người có nguy cơ nhiễm vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (*Human Immunodeficiency Virus, HIV*) cao, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa. Bao gồm các dịch vụ đánh giá ban đầu và theo dõi sau đây trong quá trình sử dụng PrEP:
 - Xét nghiệm HIV
 - Xét nghiệm viêm gan B và C
 - Xét nghiệm creatinine và tính toán độ thanh thải creatinine ước tính (*Estimated Creatinine Clearance, eCrCl*) hoặc độ lọc cầu thận ước tính (*Glomerular Filtration Rate, eGFR*)
- Thử thai
- Khám sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (*Sexually Transmitted Infection, STI*)
- Dịch vụ tư vấn tuân thủ
- Xét nghiệm huyết sắc tố A1c để phát hiện bệnh tiểu đường³
- Khám sàng lọc viêm gan B cho người lớn có nguy cơ cao
- Khám sàng lọc viêm gan C cho người lớn trong độ tuổi từ 18 đến 79
- Chủng ngừa (liều lượng, độ tuổi được khuyến cáo và nhóm đối tượng được khuyến cáo sẽ khác nhau):
 - COVID-19
 - Viêm gan A
 - Viêm gan B
 - Bệnh zona
 - Vi-rút gây u nhú ở người
 - Cúm
 - Sởi, quai bị, rubella
 - Màng não cầu (viêm màng não)
 - Mpox (chỉ khuyến cáo cho một số nhóm có nguy cơ cao)
 - Phế cầu khuẩn
 - Vi-rút hợp bào hô hấp (*Respiratory Syncytial Virus, RSV*)
 - Uốn ván, bạch cầu, ho gà
 - Thủy đậu
- Xét nghiệm chỉ số chuẩn hóa quốc tế (*International Normalized Ratio, INR*) để phát hiện bệnh gan và/hoặc rối loạn chảy máu³
- Khám sàng lọc nhiễm lao tiềm ẩn
- Xét nghiệm lipoprotein tỷ trọng thấp (*Low-density Lipoprotein, LDL*) để phát hiện bệnh tim³
- Sử dụng aspirin liều thấp để phòng ngừa bệnh tim mạch hoặc ung thư đại trực tràng khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa⁴

- Kiểm soát bệnh béo phì và cân nặng, bao gồm tư vấn hành vi chuyên sâu cho người lớn thừa cân có chỉ số khối cơ thể (*Body Mass Index, BMI*) từ 30 trở lên
- Vật lý trị liệu để phòng ngừa nguy cơ té ngã ở người lớn sống trong cộng đồng từ 65 tuổi trở lên, đây là những người có nguy cơ té ngã cao
- Khám sàng lọc tiền tiểu đường và tiểu đường (tuýp 2) cho người lớn trong độ tuổi từ 35 đến 70 bị thừa cân hoặc béo phì
- Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt⁵
- Khám sàng lọc bệnh vông mạc do bệnh tiểu đường³
- Khám sức khỏe định kỳ
- Khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục cho người lớn có nguy cơ cao
 - Bệnh Chlamydia
 - Bệnh lậu
 - HIV
 - Bệnh giang mai
- Sử dụng statin để phòng ngừa bệnh tim mạch tiên phát ở người lớn trong độ tuổi từ 40 đến 75 không có tiền sử bệnh tim mạch (*Cardiovascular Disease, CVD*), có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ gây CVD và có nguy cơ gặp biến cố CVD trong chu kỳ 10 năm được tính toán từ 10% trở lên, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa
- Khám sàng lọc việc sử dụng thuốc không lành mạnh
- Khám sàng lọc lipid phổ quát ở người lớn trong độ tuổi từ 40 đến 75 để xác định bệnh rối loạn lipid máu và tính toán nguy cơ mắc CVD trong chu kỳ 10 năm
- Khám sàng lọc vi khuẩn niệu ở người đang mang thai không có triệu chứng
- Can thiệp tư vấn hành vi nhằm thúc đẩy tăng cân lành mạnh và ngăn ngừa tình trạng tăng cân quá nhiều trong thai kỳ
- Can thiệp tư vấn hành vi để hạn chế sử dụng và cai thuốc lá cho người đang mang thai
- Tư vấn di truyền bệnh ung thư vú (*Breast Cancer, BRCA*) để đánh giá nguy cơ mang gen ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng
- Xét nghiệm di truyền BRCA cho phụ nữ có nguy cơ cao và khi dịch vụ được bác sĩ trong Chương Trình kê toa
- Khám sàng lọc ung thư vú cho phụ nữ có nguy cơ ở mức trung bình, bao gồm chụp quang tuyến vú sàng lọc ban đầu và bất kỳ dịch vụ chụp chiếu bổ sung nào (ví dụ: chụp cộng hưởng từ, siêu âm, chụp quang tuyến vú) và đánh giá bệnh lý học khi có chỉ định lâm sàng nhằm hoàn tất quá trình kiểm tra sàng lọc.
- Thiết bị và dụng cụ hỗ trợ cho con bú:
 - Máy hút sữa điện đôi loại bán lẻ, bao gồm mọi thiết bị cần thiết để máy hút sữa hoạt động
 - Dụng cụ trữ sữa mẹ và các thiết bị/vật dụng khác được chỉ định lâm sàng để hỗ trợ các cặp mẹ-con gặp khó khăn trong quá trình cho con bú
- Khám sàng lọc bệnh ung thư cổ tử cung cho thiếu nữ và phụ nữ trong độ tuổi từ 21 đến 65
- Hỗ trợ và tư vấn toàn diện về nuôi con bằng sữa mẹ trước và sau khi sinh
- Dụng cụ, phương pháp và thuốc ngừa thai (được FDA phê duyệt và được bác sĩ của quý vị kê toa), tháo dụng cụ ngừa thai và triệt sản nữ
- Tư vấn tránh thai, giáo dục và chăm sóc theo dõi
- Can thiệp tư vấn cho người đang mang thai hoặc sau sinh ở những người có nguy cơ cao khởi phát chứng trầm cảm chu sinh

Các dịch vụ phòng ngừa bổ sung dành cho phụ nữ và người mang thai⁶

- Khám sàng lọc bệnh thiếu máu cho người đang mang thai⁷
- Khám sàng lọc bệnh lo âu cho thiếu nữ và phụ nữ trưởng thành

- Axit folic dành cho những người có khả năng mang thai, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa
- Thuốc được FDA phê duyệt để cai thuốc lá cho những người đang mang thai, kể cả thuốc mua tự do khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa⁸
- Khám sàng lọc viêm gan B cho người đang mang thai trong lần khám thai đầu tiên
- Khám sàng lọc HIV cho người đang mang thai
- Thuốc aspirin liều thấp sau 12 tuần mang thai cho người có nguy cơ cao bị tiền sản giật, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa
- Thuốc phòng ngừa ung thư vú cho phụ nữ từ 35 tuổi trở lên có nguy cơ cao, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa
- Tư vấn phòng chống béo phì cho phụ nữ trong độ tuổi trung niên
- Khám sàng lọc chứng loãng xương cho phụ nữ từ 65 tuổi trở lên và phụ nữ có nguy cơ cao
- Dịch vụ hướng dẫn bệnh nhân trong quá trình khám sàng lọc ung thư vú và ung thư cổ tử cung
- Khám sàng lọc chứng trầm cảm chu sinh cho người đang mang thai và sau khi sinh
- Thăm khám hậu sản
- Khám sàng lọc bệnh tiền sản giật cho người đang mang thai bằng cách đo huyết áp trong suốt thai kỳ
- Xét nghiệm nhóm máu Rh(D) và kháng thể cho người đang mang thai
- Khám sức khỏe định kỳ
- Thăm khám chăm sóc tiền sản định kỳ⁹
- Khám sàng lọc và tư vấn phòng chống bạo lực bạn tình và bạo lực gia đình
- Khám sàng lọc bệnh tiểu đường trong thai kỳ
- Khám sàng lọc bệnh tiểu đường hậu thai kỳ
- Khám sàng lọc bệnh tiểu tiện không tự chủ ở phụ nữ
- Khám sàng lọc bệnh giang mai cho người đang mang thai

Dịch vụ phòng ngừa cho trẻ em

- Khám sức khỏe định kỳ phù hợp với lứa tuổi
- Khám sàng lọc lo âu ở trẻ em và thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 8 đến 18
- Khám sàng lọc chứng rối loạn phổ tự kỷ cho trẻ 18 tháng và 24 tháng tuổi
- Tư vấn hành vi cho thanh thiếu niên có quan hệ tình dục và có nguy cơ cao mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Can thiệp hành vi cho trẻ em và thanh thiếu niên từ 6 tuổi trở lên có chỉ số khối cơ thể (BMI) cao
- Khám sàng lọc hành vi/xã hội/cảm xúc trong suốt quá trình phát triển
- Khám sàng lọc huyết áp cho thanh thiếu niên
- Khám sàng lọc bệnh suy giáp bẩm sinh cho trẻ sơ sinh
- Khám sàng lọc chứng trầm cảm cho thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 12 đến 21
- Khám sàng lọc và giám sát quá trình phát triển trong suốt thời kỳ sơ sinh, thời thơ ấu và thanh thiếu niên
- Khám sàng lọc bệnh rối loạn lipid máu cho trẻ em có nguy cơ mắc chứng rối loạn lipid cao hơn
- Thuốc được FDA phê duyệt để cai thuốc lá, kể cả thuốc mua tự do, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa
- Dịch vụ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) được FDA phê duyệt với liệu pháp kháng retrovirus hiệu quả cho những người có nguy cơ nhiễm HIV cao, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa. Bao gồm các dịch vụ đánh giá ban đầu và theo dõi sau đây trong quá trình sử dụng PrEP:
 - Xét nghiệm HIV
 - Xét nghiệm viêm gan B và C
 - Xét nghiệm creatinine và tính toán độ thanh thải creatinine ước tính (*Estimated Creatinine Clearance*, eCrCl) hoặc độ lọc cầu thận ước tính (*Glomerular Filtration Rate*, eGFR)

- Thử thai
- Khám sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (*Sexually Transmitted Infection, STI*)
- Dịch vụ tư vấn tuân thủ
- Thuốc phòng ngừa bệnh lậu ở mắt cho trẻ sơ sinh
- Đo chiều cao, cân nặng và chỉ số khối cơ thể (BMI) trong suốt quá trình phát triển
- Khám sàng lọc bệnh viêm gan B cho thanh thiếu niên có nguy cơ cao
- Khám sàng lọc HIV cho thanh thiếu niên có nguy cơ cao
- Chủng ngừa cho trẻ từ sơ sinh đến 18 tuổi. Liều lượng, độ tuổi được khuyến cáo và nhóm đối tượng được khuyến cáo sẽ khác nhau:
 - COVID-19
 - Bạch cầu, uốn ván, ho gà
 - Vi khuẩn *Haemophilus influenzae* type B
 - Viêm gan A
 - Viêm gan B
 - Vi-rút gây u nhú ở người
 - Vi-rút bại liệt bất hoạt
 - Cúm
 - Sởi, quai bị, rubella
 - Màng não cầu khuẩn (viêm màng não)
 - Mpox (chỉ khuyến cáo cho một số nhóm có nguy cơ cao)
 - Phế cầu khuẩn
 - Vi-rút hợp bào hô hấp (RSV)
 - Rotavirus
 - Bệnh thủy đậu
- Thuốc bổ sung sắt cho trẻ không có triệu chứng từ 6 đến 12 tháng tuổi có nguy cơ thiếu máu do thiếu sắt cao hơn, khi được nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa¹⁰
- Khám sàng lọc hàm lượng chì cho trẻ em có nguy cơ phơi nhiễm
- Bệnh sử trong suốt giai đoạn phát triển
- Khám sàng lọc máu cho trẻ sơ sinh, bao gồm xét nghiệm bilirubin và sàng lọc tế bào hình liềm
- Đánh giá nguy cơ sức khỏe răng miệng do bác sĩ chăm sóc ban đầu thực hiện cho trẻ em dưới 5 tuổi:
 - Bắt đầu bổ sung florua khi trẻ được 6 tháng tuổi cho những trẻ sống ở nơi có nguồn nước thiếu florua
 - Bôi vecni florua cho răng sữa của tất cả bé sơ sinh và trẻ em bắt đầu vào tuổi mọc răng sữa
- Khám sàng lọc bệnh phenylketone niệu cho trẻ sơ sinh
- Khám sàng lọc thính lực định kỳ
- Tư vấn về ung thư da cho thanh niên, thiếu niên, trẻ em và cha mẹ của trẻ nhỏ về cách giảm thiểu phơi nhiễm bức xạ tia cực tím cho người từ 6 tháng tuổi đến 24 tuổi có màu da sáng để giảm nguy cơ mắc bệnh ung thư da
- Đánh giá nguy cơ ngừng tim đột ngột và đột tử do tim
- Đánh giá nguy cơ tự tử trong quá trình khám sàng lọc trầm cảm phổ quát cho người trong độ tuổi từ 12 đến 21
- Đánh giá tình trạng sử dụng thuốc lá, rượu bia hoặc ma túy cho người trong độ tuổi từ 11 đến 21
- Xét nghiệm Tuberculin cho trẻ em có nguy cơ cao mắc bệnh lao
- Khám sàng lọc thị lực

Dịch vụ phòng ngừa bổ sung theo khu vực cụ thể¹¹

Đối với các chương trình bảo hiểm sức khỏe được cung cấp tại một trong các tiểu bang sau, các dịch vụ phòng ngừa bổ sung theo từng vực cụ thể cũng được liệt kê.

California

- Tất cả các biện pháp tránh thai đã được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt và nhận được từ Nhà Thuốc thuộc Chương Trình, bao gồm cả những vật phẩm mua tự do hoặc do nhà cung cấp trong Chương Trình kê toa, dành cho tất cả các hội viên bất kể giới tính.
- Các dịch vụ và thủ thuật thắt ống dẫn tinh¹²
- Các dịch vụ lâm sàng liên quan đến tránh thai bao gồm, nhưng không giới hạn ở, tư vấn, kiểm tra, thủ thuật, siêu âm và giới thiệu.
- Sàng lọc bằng cách chụp hình vồng ngực cho người trưởng thành và trẻ em
- Chủng ngừa cho mục đích du lịch
- Tất cả các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa, vật dụng và chủng ngừa do các cơ quan liên bang quy định bắt buộc tính đến ngày 1 tháng 1 năm 2025 cũng như các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa, vật dụng và chủng ngừa được Sở Y Tế Công Cộng California khuyến nghị

Colorado

- Khám sàng lọc bệnh ung thư vú cho tất cả mọi người có nguy cơ, bất kể tuổi tác
- Vật dụng/thuốc tránh thai được phát hoặc cung cấp trong 12 tháng theo toa thuốc của hội viên.
- Khám sức khỏe tâm thần¹³
- Khám sàng lọc bệnh ung thư đại tràng cho tất cả mọi người có nguy cơ, bất kể tuổi tác
- Dịch vụ chụp chiếu phần ngực sau chụp X-quang tuyến vú trước khi sinh thiết/chẩn đoán ung thư

Georgia

- Dịch vụ xét nghiệm và chụp X-quang cần thiết về mặt y tế kết hợp khám tổng quát cho trẻ em khỏe mạnh
- Xét nghiệm theo dõi ung thư buồng trứng cho phụ nữ trên 35 tuổi hoặc có nguy cơ

Maryland

- Xét nghiệm và chụp X-quang kết hợp khám tổng quát cho trẻ em

Virginia

- Xét nghiệm và chụp X-quang kết hợp khám tổng quát cho trẻ em khỏe mạnh

Washington, D.C.

- Khám sàng lọc vú bổ trợ (chụp cộng hưởng từ [*Magnetic Resonance Imaging*, MRI] hoặc siêu âm vú theo dõi đối với phụ nữ có mô vú dày đặc, sau khi chụp X-quang tuyến vú không thể đưa ra kết luận hoặc nhà cung cấp dịch vụ cho là có nguy cơ cao)
- Xét nghiệm và chụp X-quang kết hợp khám tổng quát cho trẻ em khỏe mạnh

Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

[1] Các dịch vụ phòng ngừa được mô tả ở trên cũng áp dụng cho tất cả các chương trình theo nhóm lớn được miễn trừ, chỉ dành cho người đã nghỉ hưu và đài thọ cho các dịch vụ này mà không tính thêm phí và tất cả các chương trình theo nhóm nhỏ được miễn trừ tại tiểu bang California.

[2] Các chương trình được miễn trừ là các chương trình đã có từ, vào hoặc trước ngày 23 tháng 3 năm 2010 và đáp ứng một số yêu cầu nhất định. Các chương trình được miễn trừ không phải tuân theo một số thay đổi bắt buộc theo Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Tái Tiến, kể cả những thay đổi liên quan đến dịch vụ phòng ngừa và có thể có khoản chia sẻ chi phí liên quan đến những dịch vụ này. Nếu một hội viên được ghi danh vào chương trình được miễn trừ, thông tin này sẽ được ghi trong Chứng Từ Bảo Hiểm hoặc tài liệu bảo hiểm khác. Ngoài ra, các chương trình được miễn trừ có thể không đài thọ tất cả các dịch vụ được liệt kê trong tài liệu này, chẳng hạn như thuốc mua tự do không cần toa. Những hội viên ghi danh tham gia các chương trình được miễn trừ cũng có thể liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số 1-800-464-4000 (TTY 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (đóng cửa vào các ngày lễ), để tìm hiểu về phạm vi bảo hiểm của chương trình đối với các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa cụ thể.

[3] Vào ngày 17 tháng 7 năm 2019, Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) và Bộ Ngân Khố Hoa Kỳ đã ban hành Thông Báo số 2019-45, bổ sung danh sách các phúc lợi chăm sóc phòng ngừa được phép cung cấp kể cả khi chưa đáp ứng mức khấu trừ của chương trình bảo hiểm sức khỏe có mức khấu trừ cao (High-Deductible Health Plan, HDHP) theo mục 223(c)(2) trong Đạo Luật Thuế Vụ. Kaiser Permanente đã quyết định sẽ bổ sung tất cả các dịch vụ sàng lọc và xét nghiệm này đối với các bệnh mãn tính cụ thể được cho phép theo Thông Báo 2019-45 của IRS vào gói Chăm Sóc Phòng Ngừa Quốc Gia của Kaiser Permanente, có hiệu lực đồng thời vào ngày 1 tháng 1 năm 2021. Các Chương Trình Tự Tài Trợ có thể không nhất trí với phần mở rộng này, vui lòng xem Mô Tả Tóm Tắt Chương Trình hoặc các tài liệu khác trong chương trình của quý vị.

[4] Vào tháng 4 năm 2022, Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ đã quyết định rằng chỉ định bắt đầu sử dụng aspirin liều thấp để phòng ngừa bệnh tim mạch tiền phát ở người lớn từ 40 đến 59 tuổi có nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong chu kỳ 10 năm từ 10% trở lên nên là quyết định mang tính cá nhân. Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ cũng kết luận rằng không có đủ bằng chứng để chứng minh rằng việc sử dụng aspirin liều thấp làm giảm tỷ lệ mắc hoặc tử vong do ung thư đại trực tràng. Mặc dù Lực Lượng đã quyết định như vậy, Kaiser Permanente sẽ tiếp tục đài thọ cho dịch vụ này như dịch vụ phòng ngừa. Các Chương Trình Tự Tài Trợ có thể không nhất trí với phần mở rộng này, vui lòng xem Mô Tả Tóm Tắt Chương Trình hoặc các tài liệu khác trong chương trình của quý vị.

[5] Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ khuyến cáo để xuất hoặc cung cấp có chọn lọc dịch vụ này cho từng bệnh nhân dựa trên đánh giá chuyên môn và sự lựa chọn của bệnh nhân. Có những cơ sở cho thấy lợi ích ròng của những dịch vụ này là nhỏ nhưng không hoàn toàn chắc chắn. Mặc dù có quyết định này nhưng dịch vụ sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt vẫn được cung cấp trong gói Chăm Sóc Phòng Ngừa của Kaiser Permanente, có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2023. Các Chương Trình Tự Tài Trợ có thể không nhất trí với phần mở rộng này, vui lòng xem Mô Tả Tóm Tắt Chương Trình hoặc các tài liệu khác trong chương trình của quý vị.

[6] Máy hút sữa và một số thuốc mua tự do không cần toa có thể không được đài thọ trong những chương trình không bao gồm gói dịch vụ phòng ngừa theo ACA (xem Chứng Từ Bảo Hiểm hoặc tài liệu bảo hiểm khác của quý vị).

[7] Vào tháng 9 năm 2015, Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ đã xác định rằng bằng chứng hiện nay không đủ để đánh giá sự cân đối giữa lợi ích và tác hại của việc sàng lọc bệnh thiếu sắt ở những người đang mang thai để phòng ngừa hậu quả bất lợi cho sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Mặc dù Lực Lượng đã quyết định như vậy, Kaiser Permanente sẽ tiếp tục đài thọ cho dịch vụ này như dịch vụ phòng ngừa. Các Chương Trình Tự Tài Trợ có thể không nhất trí với phần mở rộng này, vui lòng xem Mô Tả Tóm Tắt Chương Trình hoặc các tài liệu khác trong chương trình của quý vị.

[8] Vào tháng 9 năm 2015, Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ đã xác định rằng bằng chứng hiện nay không đủ để đánh giá sự cân đối giữa lợi ích và tác hại của những biện pháp can thiệp bằng liệu pháp được lý đối với việc cai thuốc lá ở những người đang mang thai. Mặc dù Lực Lượng đã quyết định như vậy, Kaiser Permanente sẽ tiếp tục đài thọ cho dịch vụ này như dịch vụ phòng ngừa. Các Chương Trình Tự Tài Trợ có thể không nhất trí với phần mở rộng này, vui lòng xem Mô Tả Tóm Tắt Chương Trình hoặc các tài liệu khác trong chương trình của quý vị.

[9] Dịch vụ tiền sản được đài thọ như những dịch vụ y tế cơ bản định kỳ nằm trong hóa đơn chung cho các dịch vụ thai sản, có thể có khoản chia sẻ chi phí nếu được phép theo luật pháp hiện hành.

[10] Vào tháng 9 năm 2015, Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ đã quyết định rằng bằng chứng hiện nay không đủ để đánh giá sự cân đối giữa lợi ích và tác hại của việc sàng lọc bệnh thiếu máu do thiếu sắt ở trẻ em từ 6 đến 24 tháng tuổi. Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ cũng quyết định rằng khi mà thực phẩm tăng cường sắt đang được sử dụng rộng rãi ở Hoa Kỳ (bao gồm sữa công thức dành cho trẻ sơ sinh và ngũ cốc), tác động của việc đưa ra khuyến nghị bổ sung sắt theo chỉ định của bác sĩ có thể còn hạn chế. Mặc dù Lực Lượng đã quyết định như vậy, Kaiser Permanente sẽ tiếp tục đài thọ cho thực phẩm chức năng bổ sung sắt để phòng ngừa. Các Chương Trình Tự Tài Trợ có thể không nhất trí với phần mở rộng này, vui lòng xem Mô Tả Tóm Tắt Chương Trình hoặc các tài liệu khác trong chương trình của quý vị.

[11] Hầu hết các nhóm tự tài trợ không phải tuân theo các chỉ thị của tiểu bang. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ phòng ngừa, hãy gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc xem Mô Tả Tóm Tắt Chương Trình hoặc các tài liệu khác trong trường trình của quý vị.

[12] Trong các chương trình HDHP đủ tiêu chuẩn mở tài khoản tiết kiệm y tế (Health Savings Account, HSA), dịch vụ ống dẫn tinh phải chịu khoản khấu trừ nhưng sẽ được đài thọ mà không có khoản chia sẻ chi phí khi hội viên đã đạt đến mức khấu trừ.

[13] Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2023, các chương trình bảo hiểm sức khỏe phải đài thọ một lần kiểm tra sức khỏe tâm thần hàng năm cho tất cả mọi người, bất kể tuổi tác. Phần chia sẻ chi phí áp dụng đối với dịch vụ này có thể áp dụng với các chương trình được miễn trừ.

Các dịch vụ phòng ngừa bắt buộc được dựa trên các đề xuất của Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Bệnh Hoa Kỳ, Cơ Quan Quản Lý Tài Nguyên và Dịch Vụ Y Tế và Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Dịch Bệnh. Các dịch vụ được liệt kê trong tài liệu này có thể phải theo một số hướng dẫn, chẳng hạn như hướng dẫn về tuổi tác và mức độ thường xuyên. Các dịch vụ này có thể có khoản đồng thanh toán hoặc bảo hiểm nếu các khoản đó không được cung cấp theo hướng dẫn này.

Nondiscrimination Notice

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at **kp.org**.

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

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

Kaiser Permanente provides the following services in a timely manner:

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

If you need these services, call our Member Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.

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

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with us if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at **kp.org/facilities** for addresses)

- **Online:** Use the online form on our website at **kp.org**

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

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

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

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

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

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

California Department of Health Care Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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

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

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

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

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

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the **Office for Civil Rights Complaint Portal** at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos 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 de forma oportuna:

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

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento 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 nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org/espanol** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles 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 del Departamento de Servicios de Atención Médica de California 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:

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

Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California están disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Usted 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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. están disponibles en:

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

- **En línea:** visite el **Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal)** en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指Kaiser Permanente（Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc.及Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站**kp.org**上查阅。

歧视是违反法律的行为。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不会因年龄、人种、族群认同、肤色、原国籍、文化背景、血统、宗教、生理性别、社会性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神障碍、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente会及时提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更有效地与我们沟通，例如：
 - ◆ 合格的手语翻译员
 - ◆ 其他格式的书面信息（盲文版、大字版、音频版、通用电子格式和其它格式）
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - ◆ 合格的口译员
 - ◆ 其他语言的书面信息

如果您需要上述服务，请拨打下方的电话号码联系会员服务部。此电话为免费。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)：1-800-443-0815 (TTY 711)，每周7天，上午8:00至晚上8:00。
- 加州医疗保健辅助计划：1-855-839-7613 (TTY 711)，每周7天，每天24小时。
- 所有其他计划：1-800-757-7585 (TTY 711)，每周7天，每天24小时。

我们可以根据您的要求为您提供本文件的盲文版、大字版、音频版或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的复本，请致电我们的会员服务部并索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente提出投诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的非法歧视，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、亲自提交或在线等方式提出投诉。详情请参阅《承保范围说明书》(Evidence of Coverage) 或*Certificate of Insurance*（保险证明）。您可致电会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- 电话：致电我们的会员服务部。电话号码列于上方。
- 邮寄：从**kp.org**下载表格，或致电会员服务部，请他们寄一份表格给您，以供您填写后寄回。
- 亲自提交：在计划设施内的会员服务办公室填写抱怨表或福利索赔／申请表（请在**kp.org/facilities**上的保健业者名录中查找设施地址）

- 在线提交：使用我们网站**kp.org**上的在线表格

您可以通过以下地址直接联系Kaiser Permanente民权协调员：

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

如何向加州保健服务部民权办公室提出投诉（*仅适用于加州医疗保健辅助计划受益人*）

您可以通过书面方式、电话或电邮向加州保健服务部民权办公室提出民权抱怨：

- 电话：拨打**916-440-7370 (TTY 711)** 联系加州保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- 邮寄：填写抱怨表或寄信到以下地址：

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

您可在下列网站找到加州保健服务部民权办公室的投诉表：

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- 在线：发送电邮至**CivilRights@dhcs.ca.gov**

如何向美国健康与民众服务部民权办公室提出投诉

您可以向美国健康与民众服务部民权办公室提出歧视抱怨。您可以通过书面、电话或在线等方式提出抱怨：

- 电话：拨打**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- 邮寄：填写抱怨表或寄信到以下地址：

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

您可在下列网站找到美国健康与民众服务部民权办公室抱怨表：

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

- 在线：请访问民权办公室投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Notice of Language Assistance

English: ATTENTION. Timely language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week

Arabic: انتباه المساعدة اللغوية متوفرة في الوقت المناسب بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضاً طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقتنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء (Member Services) لدينا للحصول على المساعدة. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815** (TTY 711)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Ժամանակին տրամադրվող լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք առկա են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը (Member Services) փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613** (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000** (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Chinese: 请注意。我们免费为您提供及时语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式，如盲文版、音频版或大字版。您还可以要求在我们的设施使用语言辅助工具和设备。请致电会员服务部 (Member Services) 以获取帮助。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括 D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711)，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00
- 加州医疗保健辅助计划: **1-855-839-7613** (TTY 711)，每周 7 天，每天 24 小时
- 所有其他计划: **1-800-757-7585** (TTY 711)，每周 7 天，每天 24 小时

Farsi: توجه، امکان بهرمندی به موقع و مقتضی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با بخش خدمات اعضای ما (Member Services) تماس بگیرید. بخش خدمات اعضا در تعطیلات رسمی تعطیل می‌باشد.

- Medicare، شامل D-SNP: با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره **1-855-839-7613** (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره **1-800-464-4000** (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

Hindi: ध्यान दें। समय पर भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंग्वेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा (Member Services) विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: **1-800-443-0815** (TTY 711), सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: **1-800-464-4000** (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

Hmong: CEEB TOOM. Sij hawm muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suab lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau

ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab rau ntawm peb Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab. Lub Chaw Pab Cuam (Member Services) Tswv Cuab raug kaw rau cov hnuv so tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij

Japanese : 注意. タイムリーな言語サポートを無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門 (**Member Services**) にお電話ください。加入者向けサービスは、主要な休日には営業していません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815 (TTY 711)**、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000 (TTY 711)**、24 時間、年中無休

Khmer (Cambodian): យកចិត្តទុកដាក់។

ជំនួយភាសាខ្មែរពេលវេលាអាចរកបានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្នាម សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម នឹងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ (**Member Services**)។

- Medicare រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

Korean: 참고. 무료로 시기적절한 언어 지원을 제공합니다. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 (**Member Services**) 부서에 전화하여 도움을 요청하십시오. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함): 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간
- 기타 모두: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗੂਏਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ, ਆਡੀਓ, ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਪਿੰਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ

ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ (Member Services) ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਬਜ਼ਸ ਬਵੱ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

Russian: ВНИМАНИЕ! Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников (Member Services) не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815 (линия TTY 711)**, ежедневно с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (линия TTY 711)**, круглосуточно, ежедневно.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000 (линия TTY 711)**, круглосуточно, ежедневно.

Spanish: ATENCIÓN. Se ofrece ayuda oportuna en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services) para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tagalog: ATENSYON. Ang napapanahong tulong sa wika ay makukuha nang walang bayad para sa iyo. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro (Member Services) para sa tulong. Ang Mga Serbisyo sa Miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Thai: สงสัย มีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาอย่างทันท่วงทีให้ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสารเป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเรา (Member Services) เพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8.00 น. ถึง 20.00 น.หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

Ukrainian: УВАГА! Своєчасні послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів (Member Services). Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, із 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.

Vietnamese: LƯU Ý. Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ kịp thời, miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên (Member Services) của chúng tôi để được trợ giúp. Ban Dịch Vụ Hội Viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 2500 South Havana, Aurora, CO 80014, or by phone at Member Services: 1-800-632-9700.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <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>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY: **711**)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY: **711**)፡

Bàsɔ̀ò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̀ Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wudù kà kò dò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, diiri gi. Kpoo **1-800-632-9700** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih **1-800-632-9700** (TTY: 711).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700** (TTY: 711) फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700** (TTY: 711).

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-888-865-5813** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail at: Member Relations Unit (MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Telephone Number: 1-888-865-5813.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <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>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-865-5813** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-888-865-5813** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-888-865-5813** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-865-5813** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Notice of Nondiscrimination

Kaiser Permanente complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats.
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

If you need these services, call Member Services at **1-800-805-2739** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator by writing to 711 Kapiolani Blvd, Honolulu, HI 96813 or calling Member Services at the number listed above. You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <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**, **800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Chuuk (Chukese) MEI AUCHEA: Ika iei foosun fonuomw: Foosun Chuuk, iwe en mei tongeni omw kopwe angei aninisin chiakku, ese kamo.
Kori **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

‘Ōlelo Hawai‘i (Hawaiian) E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo Hawai‘i, hiki iā ‘oe ke loa‘a i ke kōkua manuahi. E kelepona i ka helu **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Iloko (Ilocano) PAKDAAR: No agsasaoka iti Ilokano, dagiti awan bayadna a serbisio a para iti beddeng ti lengguahe ket sidadaan para kenka.
Awagan ti **1-800-966-5955** (TTY: **711**)

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-966-5955** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-966-5955** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ລັງຄຳ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-966-5955 (TTY: **711**).

Kajin Majōl (Marshallse) LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jerbal in jipañ ilo kajin ñe am ejjelōk wōñāān. Kaalōk **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Lokaiahn Pohnpei (Pohnpeian) MEHN KAIR: Ma komw kin lokiaiahn Pohnpei, wasahn sawas en palien lokaia kak sawas ni sohte isais.
Koahl nempe **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Faa-Samoa (Samoan) MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoani, e fai fua e leai se totagi, mo oe, Telefoni mai:
1-800-966-5955 (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Lea Faka-Tonga (Tongan) FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea Faka-Tonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <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>.

In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béìn m̀ gbo kpáa. Dá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: **711**)।

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRUBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-777-7902** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódílnih **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

اُردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-813-2000** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Member Relations, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <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>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

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

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-813-2000** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Kaiser Permanente nondiscrimination notice and language access services

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity. We also:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Member Services at **1-888-901-4636** (TTY 711).

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 or by calling **1-888-901-4636** (TTY 711). You can file a grievance in person or by mail, phone, or online at kp.org/wa/feedback. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <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, 800-537-7697 (TDD) Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/>

- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Help in your language

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-888-901-4636 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi 1-888-901-4636 (TTY: 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-888-901-4636 로 전화해 주세요(TTY 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY 711).

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប នៅយកឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ 1-888-901-4636 TTY 711)

日本語(Japanese): 注意事項: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-888-901-4636 までお電話ください (TTY: 711)。

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-800-901-4636 (TTY 711)።

Afaan Oromoo (Oromo): XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-888-901-4636** irratti bilbilaa (TTY 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-901-4636** (TTY 711).

(Arabic) العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-901-4636** (TTY 711)

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-901-4636** (TTY 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງຊຸບະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-888-901-4636** (TTY 711).

International Symbol for ASL (American Sign Language):

