



سيساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية (Summary of Benefits and Coverage, SBC) في اختيار خطة صحية. وسيوضح SBC مدى مشاركتك مع الخطة في تكاليف خدمات الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية. ملاحظة: ستوفر معلومات حول تكلفة هذه الخطة (وتسمى القسط) على نحو منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، يرجى الاطلاع على <https://kp.org/plandocuments> أو الاتصال على الرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000. للحصول على تعريفات للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به، أو فواتير الرصيد، أو التأمين المشترك، أو المشاركة في الدفع، أو المبلغ المخصص، أو مقدم الخدمة، أو المصطلحات الأخرى التي تحتها خط يرجى الاطلاع على مسرد المصطلحات. يمكنك الاطلاع على المسرد على [www.HealthCare.gov/sbc-glossary](http://www.HealthCare.gov/sbc-glossary) أو الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000 لطلب نسخة.

أسئلة هامة	الإجابات	ما أهمية ذلك:
ما هو المبلغ المخصص الإجمالي؟	\$3,000 للفرد / \$6,000 للعائلة	بشكل عام، يجب عليك دفع جميع تكاليف مقدمي الخدمة حتى الحد الأقصى للمبلغ المخصص قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. في حالة اشتراك أفراد آخرين من العائلة في الخطة، فيجب على كل فرد من أفراد العائلة تلبية حد المبلغ المخصص الفردي الخاص به حتى يصل إجمالي المبلغ المخصص للنفقات التي يدفعها جميع أفراد العائلة إلى المبلغ المخصص الإجمالي للعائلة.
هل يوجد خدمات مشمولة بالتغطية قبل استيفاء المبلغ المخصص الخاص بك؟	نعم. الرعاية الوقائية وخدماتها المشار إليها في المخطط بدءاً من الصفحة 2.	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى إذا لم تكن قد استوفيت المبلغ المخصص. ولكن قد تُطبق المشاركة في الدفع أو التأمين المشترك. فعلى سبيل المثال، تغطي هذه الخطة بعض الخدمات الوقائية دون مشاركة التكلفة وقبل أن تفي بالمبلغ المخصص الخاص بك. راجع قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
هل يوجد أي مبالغ مخصصة أخرى لخدمات معينة؟	لا.	لا يتعين عليك سداد المبالغ المخصصة لخدمات معينة.
ما هو حد التكاليف النثرية الخاص لهذه الخطة؟	\$8,600 للفرد / \$17,200 للعائلة	حد التكاليف النثرية هو أقصى ما يمكن أن تدفعه في عام واحد مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في هذه الخطة، فيجب عليهم تلبية حد التكاليف النثرية حتى يُستوفى حد التكاليف النثرية الإجمالي.
ما الذي لا يشمل حد التكاليف النثرية؟	الأقساط، والخدمات غير المشمولة بالتغطية بموجب هذه الخطة، والمدفوعات مقابل الخدمات بموجب تغطية الطلاب من خارج المنطقة.	على الرغم من سدادك لهذه النفقات، فإنها لا تحتسب ضمن حد التكاليف النثرية.
هل ستدفع أقل إذا كنت تستعين بمقدم خدمة داخل الشبكة؟	نعم. يُرجى الاطلاع على <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> أو الاتصال على الرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000 للحصول على قائمة بمقدمي الخدمة داخل الشبكة.	توفر هذه الخطة شبكة لمقدمي الخدمات. ستدفع أقل عندما تستعين بمقدم خدمة من شبكة الخطة. ستدفع أكثر عندما تستعين بمقدم خدمة من خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مقدم الخدمة بقيمة الفارق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه خطتك (فواتير الرصيد). ويُرجى العلم أن مقدم الخدمة داخل الشبكة المتابع لحالتك قد يستعين بمقدم خدمة من خارج الشبكة في بعض الخدمات (مثل التحاليل المخبرية). يرجى الرجوع إلى مقدم الخدمة المتابع لحالتك قبل تلقي الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة اختصاصي؟	نعم، ولكن يمكنك إحالة نفسك إلى اختصاصيين معينين.	ستدفع هذه الخطة بعض تكاليف زيارة اختصاصي أو كلها للحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية، وذلك فقط إذا كنت تملك إحالة قبل زيارة الاختصاصي.



تُطبق جميع تكاليف المشاركة في الدفع والتأمين المشترك الموضحة في هذا المخطط بعد استيفاء المبلغ المخصص الخاص بك إذا كان ينطبق عليك المبلغ المخصص.

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأقل)	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة غير التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأعلى)	القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
إذا زرت مكتب مقدم رعاية صحية أو عيادته	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	\$35 للزيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	زيارة اختصاصي	\$65 للزيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	الرعاية الوقائية/ الفحص/ اللقاح	بدون رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمولة بالتغطية	قد تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات غير <u>الوقائية</u> . واسأل مقدم خدماتك ما إذا كانت الخدمات المطلوبة <u>وقائية</u> أم لا. ثم تحقق ما الذي ستدفعه <u>خطتك</u> .
إذا كان لديك اختبار	الاختبارات التشخيصية (الأشعة السينية وتحليل الدم)	\$60 للزيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	التصوير (التصوير المقطعي المحوسب (CT)/ التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI))	\$350 للزيارة	غير مشمول بالتغطية	قد تتطلب بعض الخدمات إذنًا مسبقًا.
إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك تتوفر المزيد من المعلومات عن تغطية الأدوية الموصوفة على <a href="http://www.kp.org/orformulary">www.kp.org/orformulary</a>	الأدوية بدون العلامة التجارية	\$25 <u>للوصفة الطبية</u> (من صيدلية محلية)، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> ؛ \$50 <u>للوصفة الطبية</u> (طلب بالبريد)، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	إمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 30 يومًا (من صيدلية محلية)؛ وإمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). بدون رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> على موانع الحمل. تخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات</u> .
	الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية	\$65 <u>للوصفة الطبية</u> (من صيدلية محلية)، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> ؛ \$130 <u>للوصفة الطبية</u> (طلب بالبريد)، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	إمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 30 يومًا (من صيدلية محلية)؛ وإمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). بدون رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> على موانع الحمل. تخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات</u> .
	الأدوية غير المفضلة ذات العلامات التجارية	50% <u>للتأمين المشترك</u>	غير مشمول بالتغطية	إمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 30 يومًا (من صيدلية محلية)؛ وإمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). بدون رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> على موانع الحمل. تخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات</u> .
إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في العيادة الخارجية	الأدوية المتخصصة	50% <u>للتأمين المشترك</u>	غير مشمول بالتغطية	إمداد حتى 30 يومًا.
	رسوم المنشأة (مثل: مركز الجراحة المتقلة)	35% <u>للتأمين المشترك</u>	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
	رسوم الطبيب/الجراح	35% <u>للتأمين المشترك</u>	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأقل)	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة غير التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأعلى)	القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	رعاية غرفة الطوارئ	\$350 للزيارة	\$350 للزيارة	يُعفى من المشاركة في الدفع إذا أدخل مباشرة إلى المستشفى كمرضى داخلي.
	النقل الطبي الطارئ	35% للتأمين المشترك	35% للتأمين المشترك	لا يوجد
	الرعاية العاجلة	\$60 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	\$60 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	لا تشمل التغطية مقدمي الخدمة غير التابعين للخطة داخل منطقة الخدمات.
إذا كان لديك إقامة في المستشفى	رسوم المنشأة (مثل: غرفة المستشفى)	35% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
	رسم الطبيب/الجراح	35% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	خدمات العيادات الخارجية	\$35 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	خدمات المرضى الداخليين	35% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
إذا كنت حاملاً	زيارات العيادة	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مغطاة	اعتماداً على نوع الخدمات، قد تُطبق المشاركة في الدفع أو التأمين المشترك أو المبلغ المخصص. قد تشمل رعاية الأمومة الاختبارات والخدمات الموضحة في مكان آخر في SBC (أي الموجات فوق الصوتية).
	الخدمات المهنية للولادة/الوضع	35% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	الخدمات المهنية للولادة/الوضع	35% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في التعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة	الرعاية الصحية المنزلية	35% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	خدمات إعادة التأهيل	المريض الخارجي: \$65 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص؛ المريض الداخلي: 35% للتأمين المشترك	غير مشمولة بالتغطية	المريض الخارجي: 30 زيارة كحد أقصى في السنة. مطلوب إذن مسبق؛ المريض الداخلي: مطلوب إذن مسبق.
	خدمات التأهيل	المريض الخارجي: \$65 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمولة بالتغطية	المريض الخارجي: 30 زيارة كحد أقصى في السنة. مطلوب إذن مسبق.
	الرعاية التمريضية الماهرة	35% للتأمين المشترك	غير مشمولة بالتغطية	60 يوماً كحد أقصى/السنة. مطلوب إذن مسبق.
	المعدات الطبية المعمرة	35% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
	خدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
	فحص عيون الأطفال	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	يقتصر على اختبار واحد في السنة.
إذا كان طفلك بحاجة إلى العناية بالأسنان أو العيون	نظارات الأطفال	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	يقتصر على نظارات أو عدسات لاصقة محددة كل سنة.
	فحوص أسنان الأطفال	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد

الخدمات التي لا تغطيها <b>خطتك</b> بشكل عام (يرجى الرجوع إلى مستند السياسة أو <b>الخطة</b> للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة بالخدمات المستبعدة الأخرى.)		
● العمليات الجراحية لعلاج البدانة	● علاج العقم	● التمريض الخاص
● الجراحة التجميلية	● الرعاية طويلة الأجل	● الرعاية الروتينية بالقدم
● رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال)	● الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة الأمريكية	● برامج فقدان الوزن

الخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة، يرجى الاطلاع على مستند <b>خطتك</b> .)		
● الإجهاض	● رعاية تقويم العمود الفقري (20 زيارة في السنة)	● رعاية العيون الروتينية (للبالغين)
● الوخز بالإبر (12 زيارة في السنة)	● المعينات السمعية (معينة واحدة لكل أذن كل 36 شهرًا)	

**حقوقك في مواصلة التغطية:** هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في مواصلة تغطيتك بعد انتهائها. وتُعرض معلومات الاتصال لهذه الوكالات في الرسم البياني أدناه. وقد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضًا، متضمنة شراء التغطية التأمينية الفردية من خلال **سوق التأمين الصحي**. وللمزيد من المعلومات حول **السوق**، تفضل بزيارة [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) أو الاتصال على الرقم 1-800-318-2596.

**حقوقك المتعلقة بالتظلم والظعن:** هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد **خطتك** لرفض **المطالبة**. تُسمى هذه الشكوى **تظلمًا** أو **ظعنًا**. وللمزيد من المعلومات عن حقوقك، يرجى الرجوع إلى شرح المزايا التي ستحصل عليها مقابل تلك **المطالبة** الطبية. كما توفر مستندات **خطتك** معلومات كاملة حول كيفية تقديم **مطالبة** أو **ظعن** أو **تظلم** لأي سبب من الأسباب إلى **خطتك**. وللمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإشعار أو المساعدة، يرجى الاتصال بالوكالات الوارد في المخطط أدناه.

معلومات الاتصال الخاصة بحقوقك في مواصلة التغطية وحقوق التظلم والظعن الخاصة بك:

خدمات أعضاء Kaiser Permanente	(TTY: 711) 1-800-813-2000 أو <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
شعبة النظام المالي بولاية Oregon	1-888-877-4894 أو <a href="http://www.dfr.oregon.gov">www.dfr.oregon.gov</a>

هل توفر هذه **الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ نعم.**

يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عمومًا **الخطط والتأمين الصحي** المتاح من خلال **السوق** أو سياسات **السوق الفردية الأخرى** و Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وبعض التغطية الأخرى. وإذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من **الحد الأدنى من التغطية الأساسية**، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على **قسط الإعفاء الضريبي**.

هل تليي هذه **الخطة الحد الأدنى من معايير القيمة؟ لا ينطبق.**

إذا كانت **خطتك** لا تفي بالحد الأدنى من **معايير القيمة**، فقد تكون مؤهلاً للحصول على **قسط الإعفاء الضريبي** لمساعدتك في الدفع مقابل **خطة معينة** من خلال **السوق**.

**خدمات الوصول اللغوية:**

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dineq'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijiggo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut aililis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

للاطلاع على أمثلة عن كيفية تغطية هذه **الخطة** لتكاليف نموذج حالة طبية، يُرجى الاطلاع على القسم التالي.



هذا ليس مقدر التكلفة. تعد العلاجات المذكورة مجرد أمثلة عن كيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. وستختلف تكاليفك الفعلية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يتقاضاها مقدمو الخدمة والعديد من العوامل الأخرى. يُرجى التركيز على مبالغ مشاركة التكلفة (المبالغ المخصصة والمشاركة في الدفع والتأمين المشترك) والخدمات المستبعدة بموجب الخطة. واستخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها في خطط صحية مختلفة. يرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية المذكورة هنا تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

كسر Mia البسيط (زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ورعاية المتابعة)		إدارة داء السكري من النوع 2 للمريض Joe (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة حالة تخضع للمراقبة جيدًا)		سُتجَب Peg طفلاً (9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)	
<b>\$3,000</b>	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة	<b>\$3,000</b>	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة	<b>\$3,000</b>	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
<b>\$65</b>	مدفوعات المشاركة في الدفع للاختصاصي	<b>\$65</b>	مدفوعات المشاركة في الدفع للاختصاصي	<b>\$65</b>	مدفوعات المشاركة في الدفع للاختصاصي
<b>35%</b>	التأمين المشترك للمستشفى (المنشأة)	<b>35%</b>	التأمين المشترك للمستشفى (المنشأة)	<b>35%</b>	التأمين المشترك للمستشفى (المنشأة)
<b>\$60</b>	مدفوعات المشاركة في الدفع الأخرى (الأشعة السينية)	<b>\$60</b>	مدفوعات المشاركة في الدفع الأخرى (تحليل الدم)	<b>\$60</b>	مدفوعات المشاركة في الدفع الأخرى (تحليل الدم)
<p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل: رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية) الاختبارات التشخيصية (أشعة سينية) المعدات الطبية المعمرة (العكازات) خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)</p>		<p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل: زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التنقيف حول المرض) الاختبارات التشخيصية (تحليل الدم) الأدوية الموصوفة المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)</p>		<p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل: زيارات عيادة الاختصاصي (رعاية ما قبل الولادة) الخدمات المهنية للولادة/الوضع خدمات المنشأة للولادة/الوضع الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وتحليل الدم) زيارة الاختصاصي (التخدير)</p>	
<b>\$2,800</b>	إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، ستدفع Mia: مشاركة التكلفة	<b>\$5,600</b>	إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، سيدفع Joe: مشاركة التكلفة	<b>\$12,700</b>	إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، ستدفع Peg: مشاركة التكلفة
<b>\$1,900</b>	المبالغ المخصصة	<b>\$0</b>	المبالغ المخصصة	<b>\$3,000</b>	المبالغ المخصصة
<b>\$500</b>	مبالغ المشاركة في الدفع	<b>\$1,400</b>	مبالغ المشاركة في الدفع	<b>\$300</b>	مبالغ المشاركة في الدفع
<b>\$0</b>	التأمين المشترك	<b>\$20</b>	التأمين المشترك	<b>\$1,900</b>	التأمين المشترك
ما لم تشمل التغطية		ما لم تشمل التغطية		ما لم تشمل التغطية	
<b>\$0</b>	القيود أو الاستثناءات	<b>\$0</b>	القيود أو الاستثناءات	<b>\$60</b>	القيود أو الاستثناءات
<b>\$2,400</b>	إجمالي ما ستدفعه Mia	<b>\$1,420</b>	إجمالي ما سيدفعه Joe	<b>\$5,260</b>	إجمالي ما ستدفعه Peg

ستتحمل الخطة التكاليف الأخرى لهذه الخدمات المغطاة المذكورة على سبيل المثال.

## Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides 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, such as large print, audio, braille, 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 **1-800-813-2000** (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, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department  
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator  
500 NE Multnomah St., Suite 100  
Portland, OR 97232-2099  
Fax: **1-855-347-7239**

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  
Phone: **1-800-368-1019**  
TDD: **1-800-537-7697**

Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

**For Washington Members:**

You can also file a complaint with 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 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

## Help in Your Language

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

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی): **711**).

**Français (French) ATTENTION :** si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

**日本語 (Japanese) 注意 :** 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。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

**ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (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. **1-800-813-2000** 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 **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

**Română (Romanian) ATENȚIE:** Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**ไทย (Thai) โปรดทราบ:** หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (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 1 800 813 2000 (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).