Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este <u>plan y</u> lo que usted paga por los servicios cubiertos Periodo de cobertura: 03 /1/2021 - 02/28 /2022

Anthem® BlueCross

Cobertura para: Individual + Familiar | Tipo de plan: HMO

Anthem Classic HMO 30/50/500 admit/250 OP

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar a (855) 333-5730 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0.	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Si. atención primaria Visita especialista Atención preventiva para dentro de la red Proveedores. Nivel 1aNivel 1b Nivel 2Nivel 3Nivel 4medicamentos recetadosparadentro de la red y fuera de la red Proveedores	Este plan cubre algunos ítems y servicios incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin distribución de costos y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	\$2,500/persona o\$5,000/familia para dentro de la <u>red</u> <u>Proveedores.</u>	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, cargos de <u>facturación de</u> <u>saldo</u> , atención médica no cubierta/este <u>plan</u> .	Aunque usted pague estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la	Si, California Care HMO. Consulte www.anthem.com/ca o llamar a (855) 333-5730 para	Este plan usa una <u>red_de Proveedores.</u> Usted pagará menos si usa un <u>proveedor que pertenece</u> a la <u>red_del plan.</u> Pagará el monto más alto si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir

red?	obtener una lista de <u>Proveedores</u> de <u>red</u> .	una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <u>plan (saldo de facturación)</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> de la <u>red</u> podría usar un <u>Proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	Si.	Este <u>plan</u> pagará la totalidad o una parte de los costos de la consulta con un <u>especialista</u> para los servicios cubiertos, pero solo si cuenta con una <u>remisión</u> antes de la consulta con el <u>especialista</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos		Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y	
comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	otra información importante	
	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30/visita	Sin cobertura	ninguna	
Si acude a la	Visita al <u>especialista</u>	\$50/visita	Sin cobertura	ninguna	
oficina o clínica de un proveedor de salud	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan.	
	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna	
Si se realiza un examen	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$100/servicio	Sin cobertura	ninguna	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.	Nivel 1a- Normalmente medicamentos genéricos de costo más bajo	\$5/receta (farmacia minorista) y \$12.50/receta (programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	La mayoría de las entregas a domicilio son para suministro de 90 días. * Consulte la sección de medicamentos recetados del <u>plan</u>	
Hay más información disponible acerca de la cobertura de	Nivel 1b- Normalmente medicamentos genéricos	\$15/receta (farmacia minorista) y \$37.50/receta (programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta (farmacia minorista) y Sin cobertura	o el documento de políticas (por ejemplo, evidencia o certificado de cobertura).	

^{*} Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del <u>plan</u> o la pólíza en https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi.

Eventos médicos		Lo que us	Timitaniana, auganaiana	
comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
medicamentos con receta en http://www.anthe	Nivel 2- Normalmente	(Usted pagará lo mínimo) \$30/receta (farmacia	(Usted pagará lo máximo) (programa de entrega a domicilio) 50% de coseguro hasta	-
m.com/pharmacyi nformation/	medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	minorista) y \$90/receta (programa de entrega a domicilio)	\$250/receta (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
Medicamentos Esenciales	Nivel 3- Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos	\$50/receta (farmacia minorista) y \$150/receta (programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	30% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta (venta minorista y programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
Si se somete a una operación	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250/visita	Sin cobertura	ninguna
ambulatoria	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna
Si necesita atención médica	Atención en la sala de emergencias	\$100/visita	Cubierto dentro de la <u>red</u>	El copago se cancela si el paciente es admitido. Sin cargo para los honorarios del médico de la sala de emergencias.
inmediata	Transporte médico de emergencia	\$100/viaje	Cubierto dentro de la <u>red</u>	ninguna
	Atención de urgencia	\$30/visita	Cubierto dentro de la <u>red</u>	ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500/admision	Sin cobertura	150 días/periodo de beneficio para los servicios de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados para <u>Proveedores</u> dentro de la <u>red</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna

^{*} Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del <u>plan</u> o la pólíza en https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi.

Page 3 of 12

Eventos médicos	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y
comunes		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	otra información importante
		Visita de oficina	Visita de oficina	Visita de oficina
Se	evicios ambulatorios	\$30/visita	Sin cobertura	ninguna
	evicios ambulatorios	Otro ambulatorio	Otro ambulatorio	Otro ambulatorio
Si necesita		Sin cargo	Sin cobertura	ninguna
servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	ervicios internos	\$500/admision	Sin cobertura	Sin cargo para la tarifa del médico para pacientes internados para <u>Proveedores</u> dentro de la <u>red</u> . Sin cobertura para la tarifa del médico para pacientes internados para <u>Proveedores</u> fuera de la <u>red</u> .
V	Visitas al consultorio	\$30/visita	Sin cobertura	La atención de maternidad
Se	ervicios de parto profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	incluye pruebas y servicios
	ervicios de instalaciones de artos profesionales	\$500/admision	Sin cobertura	descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC). *La cobertura incluye servicios de conservación de la fertilidad, diríjase a la sección Conservación de la fertilidad.
<u>C</u>	Cuidado de la salud en el hogar	\$30/visita	Sin cobertura	100 visitas/periodo de beneficio <u>Proveedores</u> dentro de la <u>red</u> .
Se	ervicios de rehabilitación	\$30/visita	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios
<u>Se</u>	ervicios de habilitación	\$30/visita	Sin cobertura	terapéuticos.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de enfermería	Sin cargo	Sin cobertura	150 días/periodo de beneficio para los servicios de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados para Proveedores dentro de la <u>red</u> .
	Equipo médico duradero	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	*Consulte la sección <u>Equipo</u> <u>médico duradero</u>
	ervicios de cuidados paliativos enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna
Si su niño E	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	ninguna
necesita servicios A	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

^{*} Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del <u>plan</u> o la pólíza en <u>https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi</u>.

Page 4 of 12

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar		sted paga Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
odontológicos o de la vista	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <u>plan</u> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>.)

- Anteojos para niños
- Atención dental (adultos)
- Cirugía cosmética
- Dispositivos para la audición
- Tratamiento para la infertilidad

- Atención a largo plazo
- Atención dental (pediátrico)
- Consulta dental
- Exámenes oculares a niños

- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los EE. UU.
- Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Acupuntura 20 visitas/periodo de beneficio
- Servicios de enfermería privada solo en el domicilio
- Atención quiropráctica 20 visitas/periodo de beneficio
- Cirugía bariátrica

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Department of Managed Health Care, California Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219, https://www.dmhc.ca.gov/, Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dmhc.ca.gov/, Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o comuníquese con Anthem al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su <u>plan</u> por negarle una <u>reclamación</u>. Esta queja se llama <u>reclamo</u> o <u>apelación</u>. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este <u>reclamo</u> médico. Sus documentos del <u>plan</u> también incluirán información completa sobre cómo presentar un <u>reclamo</u>, <u>apelación</u> o una <u>queja</u> a su <u>plan</u> por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: Grievances and Appeals, P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

^{*} Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la pólíza en https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi.

Department of Managed Health Care, California Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219, https://www.dmhc.ca.gov/

California Consumer Assistance Program, Operated by the California Department of Managed Health Care, 980 9th St, Suite #500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, https://www.dmhc.ca.gov/

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La <u>cobertura esencial mínima</u> normalmente incluye <u>planes</u> y <u>seguro de salud</u> disponible a través del <u>Mercado</u> u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de <u>cobertura esencial mínima</u>, es posible que no sea elegible para el <u>crédito tributario de la prima</u>.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

su plan no cumple con los <u>estándares de valor mínimo</u>, usted podría calificar para un <u>crédito fiscal para las primas</u> para ayudarle a pagar un <u>plan</u> a través del <u>Mercado</u>

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

^{*} Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del <u>plan</u> o la pólíza en https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este <u>plan</u> podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus <u>proveedores y</u> muchos otros factores. Enfóquese en los montos de <u>costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros)</u> y los servicios excluidos dentro del <u>plan</u>. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros <u>planes</u> médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ Especialista Copago	\$50
■ Hospital (instalaciones) Copago	\$500
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al <u>especialista</u> (atención prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
<u>Pruebas diagnósticas</u> (sonogramas y análisis de sangre)
Visita al <u>especialista</u> (anestesia)

Costo total hipotético	\$12,700		
En este ejemplo, Peg pagaría:			
Costo compartido			
<u>Deducibles</u>	\$0		
Copagos	\$1,000		
Coseguro	\$0		
Qué no está cubierto			
Límites o exclusiones	\$60		
El total que Peg pagaría es	\$1,060		

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ Especialista Copago	\$50
■ Hospital (instalaciones) Copago	\$500
■ Otro <u>coseguro</u>	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)

Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)

Medicamentos por recetas

Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$0
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,320

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$ 0
Especialista Copago	\$50
Hospital (instalaciones) Copago	\$500
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total hipotético	\$2,800		
En este ejemplo, Mia pagaría:			
Costo compartido			
<u>Deducibles</u>	\$0		
Copagos	\$600		
Coseguro	\$50		
Qué no está cubierto			
Límites o exclusiones	\$0		
El total que Mia pagaría es	\$650		

(TTY/TDD: 711)

Albanian (Shqip): Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (855) 333-5730

Arabic (العربية): إذا كان لديك أي استفسارات بشأن هذا المستند، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون مقابل. للتحدث إلى مترجم، اتصل على 5730-333 (855).

Armenian (**hայերեն**). Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվձար ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով։ Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 333-5730։

Bassa (Băsóò Wùdù): M dyi dyi-diè-dè bě bédé bá céè-dè nìà ke dyí ní, ɔ mò nì dyí-bèdèìn-dè bé m ké gbo-kpá-kpá kè bỗ kpỗ dé m bídí-wùdùùn bó pídyi. Bé m ké wudu-zììn-nyò dò gbo wùdù ke, dá (855) 333-5730.

Bengali (বাংলা): যদি এই লখিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন খাকে, তাংলে আপনার ভাষায় বিনামূল্য সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা ব্লার জন্য (৪55) 333-5730 –তে কল করুন।

Burmese (မြန်မာ): ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဇုန် (855) 333-5730 သို့ ခေါ် ဆိုပါ။

Chinese (中文): 如果您對本文件有任何疑問,您有權使用您的語言免費獲得協助和資訊。如需與譯員通話,請致電(855) 333-5730。

Dinka (Dinka): Na non thiëëc në ke de ya thorë, ke yin non lon bë yi kuony ku wer alëu bë geer yic yin ne thon du ke cin wëu taauë ke piny. Te kor yin ba jam wënë ran ye thok geryic, ke yin col (855) 333-5730.

Dutch (Nederlands): Bij vragen over dit document hebt u recht op hulp en informatie in uw taal zonder bijkomende kosten. Als u een tolk wilt spreken, belt u (855) 333-5730.

Farsi (فارسي): در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ مزینه ای به زبان مادری تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (855) 333-5730 را بگیرید.

French (Français): Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (855) 333-5730.

German (Deutsch): Wenn Sie Fragen zu diesem Dokument haben, haben Sie Anspruch auf kostenfreie Hilfe und Information in Ihrer Sprache. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, bitte wählen Sie (855) 333-5730.

Greek (Ελληνικά) Αν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με το παρόν έγγραφο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διερμηνέα, τηλεφωνήστε στο (855) 333-5730.

Gujarati (ગુજરાતી): જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ ખર્ય વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો (855) 333-5730.

Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen): Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele (855) 333-5730.

Hindi (हिंदी): अगर आपके पास इस दस्तावेज़ के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आपको निःशुल्क अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिये से बात करने के लिए, कॉल करें (855) 333-5730

Hmong (White Hmong): Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntawv no, koj muaj cai tau txais kev pab thiab lus qhia hais ua koj hom lus yam tsim xam tus nqi. Txhawm rau tham nrog tus neeg txhais lus, hu xov tooj rau (855) 333-5730.

Igbo (Igbo): O bur u na i nwere ajuju o bula gbasara akwukwo a, i nwere ikike inweta enyemaka na ozi n'asusu gi na akwughi ugwo o bula. Ka gi na okowa okwu kwuo okwu, kpoo (855) 333-5730.

Ilokano (Ilokano): Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lenguahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti (855) 333-5730.

Indonesian (Bahasa Indonesia): Jika Anda memiliki pertanyaan mengenai dokumen ini, Anda memiliki hak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Untuk berbicara dengan interpreter kami, hubungi (855) 333-5730.

Italian (Italiano): In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero (855) 333-5730

Japanese (日本語): この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには、(855) 333-5730 にお電話ください。

Khmer (ខ្មែរ)៖ បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ (855) 333-5730

Kirundi (Kirundi): Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (855) 333-5730.

Korean (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(855) 333-5730 로 문의하십시오.

Lao (ພາສາລາວ): ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ລົມກັບລ່າມແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (855) 333-5730.

Navajo (Diné): Dií naaltsoos biká'ígií łahgo bína'ídíłkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehji bee nił hodoonih t'áadoo bááh ílínígóó. Ata' halne'ígií ła' bich'i' hadeesdzih nínízingo koji' hodíílnih (855) 333-5730.

Nepali (नेपाली): यदि यो कागजातबारे तपाईँसँग केही प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नै भाषामा निःशुल्क सहयोग तथा जानकारी प्राप्त गर्न पाउने हक तपाईँसँग छ। दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि, यहाँ कल गर्नुहोस् (855) 333-5730

Oromo (Oromifaa): Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (855) 333-5730 bilbilla.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Helfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff (855) 333-5730 aa.

Polish (polski): W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer (855) 333-5730.

Portuguese (Português): Se tiver quaisquer dúvidas acerca deste documento, tem o direito de solicitar ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo. Para falar com um intérprete, ligue para (855) 333-5730.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, (855) 333-5730 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Romanian (Română): Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic (855) 333-5730.

Russian (Русский): если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. (855) 333-5730.

Samoan (Samoa): Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totogi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili (855) 333-5730.

Serbian (Srpski): Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim dokumentom, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na vašem jeziku bez ikakvih troškova. Za razgovor sa prevodiocem, pozovite (855) 333-5730.

Spanish (Español): Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al (855) 333-5730.

Tagalog (Tagalog): Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang (855) 333-5730.

Thai (**ไทย**): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (855) 333-5730 **เพื่อพูดคุยกับล่า**ม

Ukrainian (Українська): якщо у вас виникають запитання з приводу цього документа, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу й інформацію вашою рідною мовою. Щоб отримати послуги перекладача, зателефонуйте за номером: (855) 333-5730.

Urdu (اردو): اگر اس دستاویز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہے، تو آپ کو مدد اور اپنی زبان میں مفت معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے، 333-5730 (855) پر کال کریں۔

Vietnamese (Tiếng Việt): Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi (855) 333-5730.

צו רעדן צו (Yiddish) אידיש): אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו (Yiddish) אן איבערזעצער, רופט (855) 333-5730 (855).

Yoruba (Yorubá): Tí o bá ní eyíkéyň ibere nípa akosíle vií, o ní etó láti gba iranwó ati iwífún ní ede re lófeé. Bá wa ogbufo kan soro, pe (855) 333-5730.

Es importante que lo tratemos de manera justa

Esta es la razón por la cual aplicamos las leyes federales sobre derechos civiles en todos nuestros programas y actividades de atención de la salud. No discriminamos, no excluimos a las personas, ni tampoco las tratamos diferente por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En el caso de personas con algún tipo de discapacidad, ofrecemos servicios de asistencia gratuitos. En el caso de personas cuyo idioma nativo no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia con el idioma a través de intérpretes y documentos escritos en otros idiomas. ¿Está interesado en estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos logrado ofrecer estos servicios adecuadamente o ha sido discriminado(a) por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación, a la que también se conoce como "queja formal". Para presentar su reclamación ante nuestro Coordinador de Cumplimiento (Compliance Coordinator), escríbanos a Compliance Coordinator P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O bien, puede presentar una reclamación ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llamando por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o por Internet a través de https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Los formularios de reclamación están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html