



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 deducible general?		\$2,000/persona o \$2,800/miembro \$4,000/familia para dentro de la red Proveedores . \$6,000/persona o \$6,000/miembro \$12,000/familia para Proveedores fuera de la red .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los Proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?		Si. Atención preventiva para dentro 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 deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?		\$3,000/persona o \$3,000/miembro \$6,000/familia para dentro de la red Proveedores . \$9,000/persona o \$9,000/miembro \$18,000/familia para Proveedores fuera de la red .	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 facturación de saldo , atención médica no cubierta/este plan .	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 red ?	Si, Prudent Buyer PPO. Consulte www.anthem.com/ca o llamar a (855) 333-5730 para obtener una lista de Proveedores de red .	Este plan usa una red de Proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan . Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (saldo de facturación) . Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un Proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una remisión .

 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 comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al especialista	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	40% de coseguro	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 .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	\$800 como máximo/servicio para Proveedores fuera de la red
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información	Nivel 1a- Normalmente medicamentos genéricos de costo más bajo	\$5/receta (farmacia minorista) y \$12.50/receta (programa de entrega a domicilio)	40% de coseguro 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 plan o el documento de políticas (por ejemplo, evidencia o certificado de cobertura).
	Nivel 1b- Normalmente medicamentos genéricos	\$15/receta (farmacia minorista) y \$37.50/receta	40% de coseguro hasta \$250/receta (farmacia	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/		(programa de entrega a domicilio)	minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Nivel 2- Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	\$40/ receta (farmacia minorista) y \$120/ receta (programa de entrega a domicilio)	40% de coseguro hasta \$250/ receta (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Nivel 3- Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos	\$60/ receta (farmacia minorista) y \$180/ receta (programa de entrega a domicilio)	40% de coseguro hasta \$250/ receta (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	30% de coseguro hasta \$250/ receta (venta minorista y programa de entrega a domicilio)	40% de coseguro hasta \$250/ receta (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	\$350 como máximo beneficio/servicio para Proveedores fuera de la red .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	Cubierto dentro de la red	El copago se cancela si el paciente es admitido. 20% de coseguro para los honorarios del médico de la sala de emergencias.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	Cubierto dentro de la red	-----ninguna-----
	Atención de urgencia	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	\$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para Proveedores fuera de la red . 150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	enfermería especializada combinados. -----ninguna-----
	Sevicios ambulatorios	Visita de oficina 20% de coseguro Otro ambulatorio 20% de coseguro	Visita de oficina 40% de coseguro Otro ambulatorio 40% de coseguro	Visita de oficina -----ninguna----- Otro ambulatorio -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de coseguro	40% de coseguro	\$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para Proveedores fuera de la red . 20% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores dentro de la red . 40% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores fuera de la red .
	Visitas al consultorio	20% de coseguro	40% de coseguro	\$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para Proveedores fuera de la red . La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC). *La cobertura incluye servicios de conservación de la fertilidad, dirijase a la sección Conservación de la fertilidad.
Si está embarazada	Servicios de parto profesionales	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	100 visitas/periodo de beneficio.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos .
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Cuidado de enfermería	20% de coseguro	40% de coseguro	150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/fi>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				servicios de enfermería especializada combinados.
	Equipo médico duradero	50% de coseguro	50% de coseguro	*Consulte la sección Equipo médico duradero
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

• 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 30 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.dmhcc.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 [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) 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

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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

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

su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#)

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



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) 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 [deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,000
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,060

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$900
Coseguro	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,020

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,200

El [plan](#) será responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

(TTY/TDD: 711)

Amharic (አማርኛ): ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (855) 333-5730 ይደውሉ።

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

Bengali (বাংলা): যদি এই নথিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।
 একজন দোভাষীর সাথে কথা বলার জন্য (৪৫৫) ৩৩৩-৫৭৩০ -তে কল করুন।

Chinese () : , , . , , (855) 333-5730.

Dutch (Netherlands): 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.

Page 8 of 12

Language Access Services:

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 στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διεκμηνηά, τηλεφωνήστε στο (855) 333-5730.

[illegible]

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।
दुर्भाग्य से बात करने के लिए, कॉल करें (855) 333-5730 |

Hmong (White Hmong): Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntauv 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): Ọ bụrụ na ị nwere ajiufo ọ bụla gbasara akwukwo a, ị nwere ikike inweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwughị ugwo ọ bụla. Ka gị 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 lengwahem 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。

Language Access Services:

Khmer (ខ្មែរ): បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។

ដើម្បីជ្រកជាមួយអ្នកបកប្រែ 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. ເພື່ອໄຮ້ລົມກັບລ່າມເປັນພາສາ, ໃຫ້ໃບຫາ (855) 333-5730.

Navajo (Diné): Díí naaltsoos bika'ígíí łahgo bina'ídiłkídgó ná bohónéedzá dóó bee ahóót'í' t'áá ní nizaad k'ehj bee níł hodooníł t'áadoo báááh ílínígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'í' hadeesdzíł nínízingo koj' hodiłníł (855) 333-5730.

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

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

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Hülfe un Information zu griege in dei Schprouch mitaus Kösch. 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 ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, (855) 333-5730 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Language Access Services:

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 (Samoan): 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 tagapagpaliiwanag, tawagan ang (855) 333-5730.

Thai (ไทย): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (855) 333-5730 เพื่อพูดคุยกับล่าม

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.

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 لیے، (855) 333-5730 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.

(Yiddish) אידיש): אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר דא רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין א"ער שפראך און קיין פארן צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט 333-5730 (855).

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyí ibèrè nípá àkọsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gbà ìrànwọ́ àti iwífún mí èdè rẹ lófèfẹ́. Bá wa ògbùfọ́ kan sọrọ̀, pe (855) 333-5730.

Language Access Services:

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