



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?	\$0.	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿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 4 medicamentos recetados paradentro 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 deducibles 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 red Proveedores .	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	Si, California Care HMO. Consulte www.anthem.com/ca o llamar a (855) 333-5730 para	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

red?	obtener una lista de Proveedores de red .	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?	Si.	Este plan pagará la totalidad o una parte de los costos de la consulta con un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si cuenta con una remisión antes de la consulta con el especialista .



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	\$30/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Visita al especialista	\$50/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
	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 .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$100/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de	Nivel 1a- Normalmente medicamentos genéricos de costo más bajo	\$5/receta (farmacia minorista) y \$12.50/receta (programa de entrega a domicilio)	50% 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 (programa de entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250/receta (farmacia minorista) y Sin cobertura	

* 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)	
medicamentos con receta en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ Lista de Medicamentos Esenciales			(programa de entrega a domicilio)	
	Nivel 2- Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	\$30/receta (farmacia minorista) y \$90/receta (programa de entrega a domicilio)	50% 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	\$50/receta (farmacia minorista) y \$150/receta (programa de entrega a domicilio)	50% 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)	50% 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)	\$250/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$100/visita	Cubierto dentro de la red	El copago se cancela si el paciente es admitido. Sin cargo para los honorarios del médico de la sala de emergencias.
	Transporte médico de emergencia	\$100/viaje	Cubierto dentro de la red	-----ninguna-----
	Atención de urgencia	\$30/visita	Cubierto dentro de la red	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500/admisión	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o		Visita de oficina	Visita de oficina	Visita de oficina
	Servicios ambulatorios	\$30/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
		Otro ambulatorio	Sin cobertura	Otro ambulatorio
	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----	-----ninguna-----

* 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)	
toxicomanías	Servicios internos	\$500/admisión	Sin cobertura	Sin cargo para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores dentro de la red . Sin cobertura para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores fuera de la red .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30/visita	Sin cobertura	La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$500/admisión	Sin cobertura	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$30/visita	Sin cobertura	100 visitas/periodo de beneficio Proveedores dentro de la red .
	Servicios de rehabilitación	\$30/visita	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios terapéuticos .
	Servicios de habilitación	\$30/visita	Sin cobertura	
	Cuidado de enfermería	Sin cargo	Sin cobertura	100 días/periodo de beneficio para servicios de enfermería especializada Proveedores dentro de la red .
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	Sin cobertura	*Consulte la sección Equipo médico duradero
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	-----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	
	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.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para niños • Atención dental (adultos) • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Atención dental (pediátrico) • Consulta dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina de la vista (adultos)

* 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>.

- Dispositivos para la audición
- Tratamiento para la infertilidad
- Exámenes oculares a niños
- 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
- Servicios de enfermería privada solo en el domicilio
- Atención quiropráctica 60 días/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.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.CuidadDeSalud.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.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

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

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

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 [plan](#) o la póliza 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 [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](#) \$0
- [Especialista Copago](#) \$50
- Hospital (instalaciones) [Copago](#) \$500
- Otro [coseguro](#) 0%

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	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$2,500
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,560

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](#) \$0
- [Especialista Copago](#) \$50
- Hospital (instalaciones) [Copago](#) \$500
- Otro [coseguro](#) 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	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$2,200
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$2,260

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	\$1,900
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$10
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$810

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

Language Access Services:

(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

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

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

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:

Bassa (Bàsɔ̀ Wùdù): M̄ dyi dyi-diè-dè b̄é b̄édé b̄á céè-dè nià ke dyí ní, ɔ̀ m̀ò nì dyí-b̄é d̄èin-dè b̄é m̄ ké gbo-kpá-kpá kè b̄ǎ kp̄ǎ d̄é m̄ bíd̄í-wùdùùn b̄ó pídyi. B̄é m̄ ké wuɖu-zìin-nyò d̄ò gbo wùdù ke, d̄á (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 (855) 333-5730 -তে কল করুন।

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

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 nɔŋ thiëc nē ke de yā thorē, ke yin nɔŋ loŋ bē yi kuony ku wēr alēu bē gɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin wēu tāäuē ke piny. Te kōr yin ba jam wēnē ran ye thok geryic, ke yin cəl (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 (فارسی): در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه‌ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (855) 333-5730 تماس بگیرید.

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 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 ખર્ચ 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 bụrụ na ị nwere ajụjụ ọ bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Ka gị na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ (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。

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.
ເພື່ອໂອ້ນລັບກ່ຽວກັບພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (855) 333-5730.

Navajo (Diné): Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idíilkidgo ná bohónéedzǎ dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehǫ́ bee nił hodoonih t'áadoo bááh ilínígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'í' hadeesdzih nínizingo kojí' hodiilnih (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 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 (Deutsch): Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Hilfe 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 ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਏ 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 (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 totagi. 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 ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย 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.

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، (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 די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט (855) 333-5730.

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyí ìbèrè nípa àkọsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọ́fẹ́ẹ̀. Bá wa ògbùfọ̀ 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>