




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://eoc.anthem.com/eocdps/>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.cuidadodesalud.gov/es/sbc-glossary/ o llamar al (855) 333-5730 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$300/persona o \$900/familia para dentro de la red Proveedores . \$300/persona o \$900/familia para fuera de la red Proveedores .	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad 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.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Atención primaria. Visita especialista . Atención preventiva . Determinados medicamentos recetados . Lea más abajo para obtener más información.	Este plan cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$2,500/persona o \$5,000/familia para dentro de la red Proveedores . \$6,000/persona o \$12,000/familia para fuera de la red Proveedores .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por 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 es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	tratamiento de infertilidad, Sanciones por falta de preautorización , Primas , cargos de facturación de saldo , atención médica no cubierta este plan .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=JPU o llamar a (855) 333-5730 para obtener una lista de Proveedores de red . Los costos varían según el centro de servicios y cómo facture el proveedor .	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 una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 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
		La Farmacia del Nivel 1- RX Solamente (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Igual que dentro de la red	\$10/visita el deducible no se aplica	30% de coseguro	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Visita al especialista	Igual que dentro de la red	\$20/visita el deducible no se aplica	30% de coseguro	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Igual que dentro de la red	Sin cargo	30% 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	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	\$800 como máximo/servicio para Proveedores fuera de la red .

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del **plan** o de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		La Farmacia del Nivel 1- RX Solamente (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/	Normalmente medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15/receta, el deducible no se aplica (venta minorista y programa de entrega a domicilio)	\$25/receta, el deducible no se aplica (sólo farmacia minorista)	50% de coseguro hasta \$250/receta, el deducible no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	La mayoría de las entregas a domicilio son para suministro de 90 días. Para más información, consulte “Lista Essential de Medicamentos” en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ *Consulte la sección de medicamentos recetados del plan o el documento de políticas (por ejemplo, evidencia o certificado de cobertura).
	Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$35/receta, el deducible no se aplica (farmacia minorista) y \$70/receta, el deducible no se aplica (programa de entrega a domicilio)	\$45/receta, el deducible no se aplica (sólo farmacia minorista)	50% de coseguro hasta \$250/receta, el deducible no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos (Nivel 3)	\$70/receta, el deducible no se aplica (farmacia minorista) y \$140/receta, el deducible no se aplica (programa de entrega a domicilio)	\$80/receta, el deducible no se aplica (sólo farmacia minorista)	50% de coseguro hasta \$250/receta, el deducible no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos) (Nivel 4)	20% de coseguro hasta \$150/receta, el deducible no se aplica (farmacia minorista) y 20% de coseguro hasta \$300/receta, el deducible no se	20% de coseguro hasta \$150/receta, el deducible no se aplica (sólo farmacia minorista)	50% de coseguro hasta \$250/receta, el deducible no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		La Farmacia del Nivel 1- RX Solamente (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		aplica (programa de entrega a domicilio)		entrega a domicilio)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Igual que dentro de la red	\$100/visita luego 10% de coseguro	30% de coseguro	\$350 como máximo beneficio/admisión para Proveedores fuera de la red .
	Honorarios del médico/cirujano	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	Cubierto dentro de la red	Sin cargo para los honorarios del médico de la sala de emergencias Proveedores dentro y fuera de la red .
	Transporte médico de emergencia	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	Cubierto dentro de la red	Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia fuera de la red tienen un límite de \$50,000 por viaje.
	Atención de urgencia	Igual que dentro de la red	\$10/visita el deducible no se aplica	30% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita hospitalización	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Igual que dentro de la red	\$100/admisión luego 10% de coseguro	30% de coseguro	Se aplicará una multa de \$500 si no se obtiene una autorización previa fuera de la red . \$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para Proveedores fuera de la red .
	Honorarios del médico/cirujano	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	-----ninguna-----

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		La Farmacia del Nivel 1- RX Solamente (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Sevicios ambulatorios	Igual que dentro de la red	Visita de oficina \$10/visita el deducible no se aplica Otro ambulatorio 10% de coseguro	Visita de oficina 30% de coseguro Otro ambulatorio 30% de coseguro	Visita de oficina Equipo de crisis móvil/línea de prevención 988 cubierto como dentro de la red . Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. Otro ambulatorio -----ninguna-----
	Servicios internos	Igual que dentro de la red	\$100/admisión luego 10% de coseguro	30% de coseguro	\$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para Proveedores fuera de la red . 10% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores dentro de la red . 30% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores fuera de la red .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Igual que dentro de la red	\$10/visita el deducible no se aplica	30% 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) (p.ej., ecografías). *La cobertura incluye servicios de conservación de la fertilidad, diríjase a la sección Conservación de la fertilidad.
	Servicios de parto profesionales	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Igual que dentro de la red	\$100/admisión luego 10% de coseguro	30% de coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o	Cuidado de la salud en el hogar	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	100 visitas/periodo de beneficio para dentro de la red y fuera de la red Proveedores combinados.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		La Farmacia del Nivel 1- RX Solamente (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	*Consulte la sección de Servicios de terapia.
	Servicios de habilitación	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	
	Cuidado de enfermería	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	100 días/periodo de beneficio para servicios de enfermería especializada para dentro de la red y fuera de la red Proveedores combinados.
	Equipo médico duradero	Igual que dentro de la red	10% de coseguro	30% de coseguro	*Consulte la sección equipo médico duradero
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Igual que dentro de la red	Sin cargo	30% de coseguro	-----ninguna-----
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	

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) • Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes • Programas para bajar de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Cirugía cosmética • Dispositivos para la audición • Servicios de enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina de la vista (adultos) • Consulta dental a niños • Exámenes oculares a niños

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura 20 visitas/periodo de beneficio 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica 30 visitas/periodo de beneficio 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica (Dentro de la red)

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/>.

- La mayor parte de la cobertura se brinda fuera de los Estados Unidos www.bcbsglobalcore.com
- Tratamiento para la infertilidad \$2,000 máximo/periodo de beneficio

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Department of Managed Health Care, California Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219, <https://www.dmhca.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. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, 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.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su [plan](#), por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, 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.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.gov/>

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye [planes](#), [seguros](#), [médicos](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#)

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

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 va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Especialistas Copago](#) \$20
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 10%
- Otros [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

Deducibles	\$300
----------------------------	-------

Copagos	\$10
-------------------------	------

Coseguro	\$1,200
--------------------------	---------

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$1,570
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Especialistas Copago](#) \$20
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 10%
- Otros [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis desangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

Deducibles	\$100
----------------------------	-------

Copagos	\$1,200
-------------------------	---------

Coseguro	\$0
--------------------------	-----

Lo que 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 atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Especialistas Copago](#) \$20
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 10%
- Otros [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

Deducibles	\$400
----------------------------	-------

Copagos	\$70
-------------------------	------

Coseguro	\$200
--------------------------	-------

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$670
------------------------------------	--------------

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este 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 1-888-254-2721 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 1-888-254-2721.

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՝ 1-888-254-2721:

Bassa (Básó Wùdù): M̄ dyi dyi-diè-djè bě bédjé bá céè-djè nià ke dyí ní, ɔ m̀ò nì dyí-bèdjàn-djè bɛ̀ m̀ kɛ̀ gbo-kpá-kpá kè b̄́ kp̄́ djé m̀ bídǐ-wùdùùn b́ó pídyi. Bɛ̀ m̀ kɛ̀ wuɖu-zìin-nyò d̀ò gbo wùdù ke, d́á 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721 -তে কল করুন।

Burmese (မြန်မာ): ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖု 1-888-254-2721 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1-888-254-2721。

Dinka (Dinka): Na nɔŋ thiëc në ke de yā thorë, ke yin nɔŋ loŋ bē yi kuony ku wɛr alëu bē gɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin wëu tääuë ke piny. Te kɔr yin ba jam wënë ran ye thok geryic, ke yin cɔl 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

Language Access Services:

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 1-888-254-2721 تماس 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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721 ।

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 1-888-254-2721.

Igbo (Igbo): Ọ bụr ụ 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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721

Language Access Services:

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、1-888-254-2721 にお電話ください。

Khmer (ខ្មែរ): បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ1-888-254-2721 ។

Kirundi (Kirundi): Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuze, akura 1-888-254-2721.

Korean (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면1-888-254-2721 로 문의하십시오.

Lao (ພາສາລາວ): ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.
ເພື່ອໂອ້ນລັບກ່ຽວກັບພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-888-254-2721.

Navajo (Diné): Díí naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'ídiłkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjı́ bee nił hodoonih t'áadoo báąh ilínígóó.
Ata' halne'ígíí la' bich'ı́' hadeesdzih nínizingo kojí' hodiłnih 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721

Oromo (Oromifaa): Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, 1-888-254-2721 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 1-888-254-2721 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 1-888-254-2721.

Language Access Services:

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 1-888-254-2721.

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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-888-254-2721 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 1-888-254-2721.

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. 1-888-254-2721.

Samoan (Samoa): Afai e iai ni ou fesili e uiga i leni 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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

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 1-888-254-2721.

Thai (ไทย): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร 1-888-254-2721 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 1-888-254-2721.

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، 1-888-254-2721 پر کال کریں۔

Language Access Services:

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 1-888-254-2721.

(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 1-888-254-2721.

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyí ìbèrè nípa àkòsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọ́fẹ́ẹ̀. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọ̀rọ̀, pe 1-888-254-2721.

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>.