

Su Resumen de Beneficios



Anthem® Blue Cross

Su plan: Green Dot Public Schools (CA): Custom Premier PPO

Su red: Prudent Buyer PPO

| Visitas con proveedores de atención virtual únicamente | Costo través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web |
|---|--|
| Atención primaria y servicios médicos de urgencia/agudos | \$10 copago por visita el deducible no se aplica |
| Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias | \$10 copago por visita el deducible no se aplica |
| Atención de especialistas | \$20 copago por visita el deducible no se aplica |

| Beneficios Médicos Cubiertos | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|---|--|---|
| Deducible general | \$300 persona / \$900 familia | \$300 persona / \$900 familia |
| Límite general de gastos de bolsillo | \$2,500 persona / \$5,000 familia | \$6,000 persona / \$12,000 familia |

El deducible por familia y el límite de gastos de bolsillo están integrados, lo que significa que los costos compartidos de un familiar se aplicarán al deducible por persona y al límite de gastos de bolsillo por persona; además, los montos para todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible por familia como al límite de gastos de bolsillo por familia. Ningún miembro pagará más del deducible por persona o el límite de gastos de bolsillo por persona.

Todos los deducibles, copagos y coseguros médicos y para medicamentos recetados se cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo. (Excluido el tratamiento de infertilidad)

Los deducibles dentro y fuera de la red se combinan y acumulan. Los montos del límite de desembolso dentro de la red y de bolsillo se acumulan entre sí.

Visitas al médico (virtuales y en el consultorio) *Le recomendamos que seleccione un médico de atención primaria (PCP).*

| | | |
|---|--|--|
| Atención primaria (médico de atención primaria, PCP), y servicios de trastornos de salud mental y uso de sustancias <i>virtual y en el consultorio</i> | \$10 copago por visita el deducible no se aplica | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |
| Atención de especialistas <i>virtual y en el consultorio</i> | \$20 copago por visita el deducible no se aplica | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |

| Beneficios Médicos Cubiertos | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|---|---|---|
| <p><u>Visitas a otros profesionales de la salud</u></p> <p>Servicios de maternidad</p> <p>Atención prenatal y posparto</p> <p>Parto</p> <p>Clínica médica en establecimientos minoristas <i>para atención de rutina y tratamiento de enfermedades comunes; por lo general, se encuentran en las principales farmacias o tiendas minoristas.</i></p> <p>Terapia de manipulación <i>La cobertura se limita a 30 visitas por periodo de beneficio.</i></p> <p>Acupuntura <i>La cobertura se limita a 20 visitas por periodo de beneficio.</i></p> | <p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p> <p>\$100 copago por embarazo y 10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p> <p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p> <p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p><u>Otros servicios en un consultorio</u></p> <p>Pruebas de alergia</p> <p>Medicamentos recetados <i>Provistos en el consultorio</i> <i>Costo compartido máximo por miembro de \$250 por medicamento.</i></p> <p>Cirugía</p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Servicios preventivos / chequeos / inmunizaciones</p> | <p>Sin cargo</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Atención preventiva para afecciones crónicas <i>según las pautas del Servicio de Rentas Internas (IRS)</i></p> | <p>Sin cargo</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |

| Beneficios Médicos Cubiertos | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|--|---|---|
| <p><u>Servicios de diagnóstico</u></p> <p>Laboratorio</p> <p>Consultorio</p> <p>Centro laboratorio independiente</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Radiografía</p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes <i>por ejemplo: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía axial computarizada (CAT)</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p><u>Atención urgente y de emergencia</u></p> <p>Atención urgente <i>incluye servicios del médico. Es posible que se apliquen cargos adicionales según la atención brindada.</i></p> | <p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |

| Beneficios Médicos Cubiertos | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|--|--|--|
| Servicios de la sala de emergencias | 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | Cubierto dentro de la red |
| Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios | Sin cargo | Cubierto dentro de la red |
| Ambulancia | 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | Cubierto dentro de la red |
| Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un centro Tarifas del centro Servicios médicos | 10% de coseguro después de alcanzar el deducible 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |
| <u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u> Tarifas del centro Hospital Centro quirúrgico ambulatorio Médico y otros servicios que incluyen tarifas del cirujano Hospital | \$100 copago por visita y 10% de coseguro después de alcanzar el deducible \$100 copago por visita y 10% de coseguro después de alcanzar el deducible 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible 30% de coseguro después de alcanzar el deducible 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |

| Beneficios Médicos Cubiertos | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|--|---|---|
| <p><u>Hospital (Incluidos los servicios de maternidad y para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias)</u> <i>Si vuelve a ser admitido dentro de 72 horas por la misma afección, no se requiere copago adicional en el centro. Si se le transfiere de un centro a otro, solo aplicará un copago. El miembro es responsable de un copago adicional de \$500 si no se obtiene una autorización previa de Anthem para admisiones para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia para proveedores fuera de la red. El pago máximo de Anthem es de hasta \$1,000 por día para admisiones para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia para proveedores fuera de la red.</i></p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Médico y otros servicios <i>que incluyen tarifas del cirujano</i></p> | <p>\$100 copago por admisión y 10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Atención médica a domicilio <i>La cobertura se limita a 100 visitas por periodo de beneficio.</i></p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación y recuperación de las habilidades <i>incluidas terapias física, ocupacional y del habla.</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Rehabilitación pulmonar <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i></p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Rehabilitación cardíaca <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i></p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |
| <p>Diálisis/Hemodiálisis <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i></p> | <p>10% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> | <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> |

| Beneficios Médicos Cubiertos | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|---|--|---|
| Quimio/Radioterapia <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i> | 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |
| Atención de enfermería especializada (en un centro) <i>La cobertura se limita a 100 días por periodo de beneficio.</i> | 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |
| Centro para pacientes internados terminales | Sin cargo | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |
| Equipo Médico Duradero | 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |
| Dispositivos prostéticos | 10% de coseguro después de alcanzar el deducible | 30% de coseguro después de alcanzar el deducible |
| Tratamiento de infertilidad <i>La cobertura se limita a \$2,000 máximo de por periodo de beneficio. No cubierto: Reversiones de esterilizaciones electivas.</i> | 50% de coseguro | 50% de coseguro |

| Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos | Sus costos si usted usa una Farmacia Preferida de la Red | Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red | Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red |
|---|---|---|--|
| Deducible de farmacia | No se aplica | No se aplica | No se aplica |
| Límite de gastos de bolsillo de farmacia | Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red | Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red | Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica fuera de la red |

Cobertura de medicamentos recetados

La red: Rx Choice Tiered Network

Lista de medicamentos: CA National DMHC Si selecciona un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, se pueden aplicar costos compartidos adicionales.

Límites en cuanto a los días de suministro:

Farmacia minorista suministro para 30 días en (las distribuciones de costos se indican a continuación)

Farmacia Retail 90 suministro para 90 días (se aplica 3 veces los costos compartidos del suministro para 30 días que se cobran en las farmacias minoristas de red preferido y dentro de la red indicadas a continuación).

Farmacia con entrega a domicilio Suministro para 90 días (a continuación, se indican los costos compartidos máximos). Los medicamentos de mantenimiento están disponibles a través de nuestra farmacia con entrega a domicilio. Deberá llamarnos al número que se figura en su tarjeta de identificación para inscribirse cuando utilice el servicio por primera vez.

Farmacias de especialidades Suministro para 30 días (se aplican los costos compartidos que se indican a continuación para venta minorista y entrega a domicilio) Es posible que solicitemos que nuestra farmacia especializada designada lleve ciertos

| Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos | Sus costos si usted usa una Farmacia Preferida de la Red | Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red | Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red |
|---|---|--|--|
| <i>medicamentos que requieran un manejo especial, coordinación con el proveedor o información del paciente.</i> | | | |
| Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos | \$15 copago por receta (venta minorista y entrega a domicilio) | \$25 copago por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) | 50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) |
| Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos | \$35 copago por receta (venta minorista) y \$70 copago por receta (entrega a domicilio) | \$45 copago por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) | 50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) |
| Nivel 3 - Normalmente medicamentos de marca no preferidos | \$70 copago por receta (venta minorista) y \$140 copago por receta (entrega a domicilio) | \$80 copago por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) | 50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) |
| Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos) | 20% de coseguro hasta \$150 por receta (venta minorista) y 20% de coseguro hasta \$300 por receta (entrega a domicilio) | 20% de coseguro hasta \$150 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) | 50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio) |

Notas:

- Si tiene una visita al consultorio de su médico de atención primaria, especialista o atención de urgencia en un centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio), los beneficios de los Servicios cubiertos se pagarán según los “Servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios”.
- Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. Se puede aplicar otra distribución de costos según los servicios prestados. Consulte su Certificado de cobertura para obtener más detalles.
- Los límites para la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla, si los hubiera para este plan, no se aplicarán si recibe atención como parte del beneficio para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.
- Las pruebas y tratamientos del centro para pacientes ambulatorios están limitados a \$350 por admisión para proveedores fuera de la red. Incluye: servicios de diagnóstico; radiografías; cirugía; rehabilitación; habilitación; terapia cardíaca; cirugía en centros quirúrgicos ambulatorios.
- El diagnóstico por imágenes avanzado está limitado a \$800 por servicio para proveedores fuera de la red.
- La cobertura incluye los servicios estándar de conservación de la fertilidad como un servicio de atención de la salud básica que incluye, entre otros, inyecciones, criopreservación y almacenamiento para miembros masculinos y femeninos cuando un tratamiento necesario por motivos médicos puede causar infertilidad iatrogénica. La distribución de costos de los miembros para los servicios de conservación de la fertilidad se basa en el tipo de proveedor y el servicio prestado.
- Las afirmaciones sobre los beneficios que se incluyen en este documento están sujetas a cambios y a la aprobación de la California Department of Managed Health Care (DMHC).

Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. En él no se reflejan todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) formal. Si hubiese alguna diferencia entre este resumen y el La Evidencia de Cobertura (EOC), el Evidencia de Cobertura (EOC), prevalecerá.

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association.

Preguntas: (855) 333-5730 o visite www.anthem.com/ca

Se ha dejado en blanco
intencionalmente

Get help in your language

Language Assistance Services

Curious to know what all this says?

We would be too. Here's the English version: IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternative formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos pedirle a alguien que le ayude a leerla. También es posible que pueda solicitar que le enviemos esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711).

Arabic

هام: هل تستطيع قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، يمكننا أن نطلب من شخص ما مساعدتك في قراءتها. قد تتمكن أيضاً من الحصول على هذه الرسالة مكتوبة بلغتك. للحصول على مساعدة مجانية، يرجى الاتصال على الفور على الرقم 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք առաջարկել որևէ մեկի օգնությունը՝ ձեզ համար այն կարդալու համար: Դուք կարող եք նաև այս նամակը ստանալ ձեր լեզվով: Անվճար օգնության համար խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել՝ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Chinese

重要：您能看此信嗎？如果不能，我們可以請人幫您看。您還可以獲得以您的語言寫的此信件。如需免費幫助，請立即致電 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Farsi

ما، توانیدمی اگر بخوانید؟ را نامه این توانید می آیا مهم کند کمک شما به آن خواندن در خواهیم شخصی از توانیممی زبان به و کتبی صورت به را نامه این بتوانید است ممکن همچنین با فوراً لطفاً، رایگان کمک دریافت برای. کنید دریافت خودتان تماس (TTY/TDD: 711) 1-888-254-2721 شماره بگیرید.

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में किसी की मदद ले सकते हैं। यह पत्र आप अपनी भाषा में भी लिखवा सकते हैं। निःशुल्क सहायता के लिए, कृपया तुरंत 1-888-254-2721 पर कॉल करें। (टीटीवाई/टीडीडी:711)

Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas nyeem tau daim ntawv no? Yog tias tsis tau, peb muaj qee tus neeg pab nyeem nws rau koj. Koj los kuj yuav tau txais ib daim ntawv sau ua kom yam lus. Rau kev pab dawb, thov hu tam sim ntawm 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Japanese

重要：この文書を読むことができますか？読むことができない場合、支援することが可能です。また、日本語で訳されたこの文書を書面で受け取ることができます。無料の支援をご希望の場合、1-888-254-2721 (TTY/TDD:711) にご連絡ください。

Khmner

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានសំបុត្រនេះបានទេ? បើអត់ទេ យើងអាចមានអ្នកជួយអាន។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្រនេះសរសេរជាភាសា របស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូមទូរស័ព្ទមកភ្លាមៗតាមរយៈលេខ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Korean

중요: 이 편지를 읽으실 수 있으신가요?
 그렇지 않으신 경우, 이를 읽으실 수 있도록
 도움을 제공해 드릴 수 있습니다. 귀하의
 모국어로 된 편지를 우편으로 받아보실 수도
 있습니다. 무상으로 제공되는 도움이
 필요하신 경우, 1-888-254-2721번으로 바로
 연락해 주십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚਿੱਠੀ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ
 ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ
 ਇਸ ਚਿੱਠੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।
 ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਰੰਤ ਇਸ 'ਤੇ ਕਾਲ
 ਕਰੋ 1-888-254-2721। (TTY/TDD: 711)

Russian

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Можете ли
 вы прочитать данное письмо? Если нет,
 наш специалист поможет вам в этом.
 Вы также можете получить данное
 письмо на вашем языке. Для получения
 бесплатной помощи звоните по номеру
 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

MAHALAGA: Mababasa mo ba ang
 sulat na ito? Kung hindi, mayroon kaming
 makakatulong sa iyo na basahin ito.
 Maaari mo ring makuha ang sulat na ito
 nang nakasulat sa iyong wika. Para sa
 libreng tulong, mangyaring tumawag
 kaagad sa 1-888-254-2721.
 (TTY/TDD: 711)

Thai

สำคัญ: คุณสามารถอ่านจดหมายนี้ได้หรือไม่
 หากคุณอ่านจดหมายนี้ไม่ได้ เราสามารถขอให้
 ใครสักคนช่วยคุณอ่านได้ คุณสามารถร้องขอ
 จดหมายนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้เช่นกัน
 หากต้องการความช่วยเหลือแบบไม่มีค่าใช้จ่าย
 โปรดโทรหาเราได้ทันทีที่ 1-888-254-2721.
 (TTY/TDD: 711)

Vietnamese

QUAN TRỌNG: Quý vị có đọc được lá thư
 này không? Nếu không, chúng tôi có thể
 nhờ ai đó giúp quý vị đọc. Quý vị cũng có
 thể yêu cầu thư này viết bằng ngôn ngữ
 của quý vị. Để được trợ giúp miễn phí,
 hãy gọi ngay đến số 1-888-254-2721.
 (TTY/TDD: 711)

Es importante que lo tratemos de manera justa

Respetamos las leyes federales y estatales de derechos civiles en nuestras actividades y programas de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Para quienes el inglés no es su idioma primario (o tienen un nivel de dominio del inglés limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas, de manera oportuna, a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si cree que fallamos en algún aspecto o para obtener más información sobre los procedimientos de reclamo, puede enviar una queja por correo a: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279, o si considera que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad, puede enviar una queja directamente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>