



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/](http://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 <b>deducible total</b> ?	\$750/persona o \$1,500/familia para dentro de la <b>red Proveedores</b> . \$1,500/persona o \$3,000/familia para fuera de la <b>red Proveedores</b> .	En general, debe pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta la cantidad <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <b>plan</b> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos de <b>deducible</b> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí. Atención primaria. Visita <b>especialista</b> . <b>Atención preventiva</b> . Determinados <b>medicamentos</b> <b>recetados</b> . Examen de la visión. Lea más abajo para obtener más información.	Este <b>plan</b> cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <b>deducible</b> . Sin embargo, se podría aplicar un <b>copago</b> o un <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> y antes de que alcance su <b>deducible</b> . Consulte una lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <b>deducibles</b> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	\$2,500/persona o \$5,500/familia para dentro de la <b>red Proveedores</b> . \$5,500/persona o \$11,500/familia para fuera de la <b>red Proveedores</b> .	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <b>plan</b> , estos deben alcanzar sus propios límites de <b>gastos de bolsillo</b> hasta que se haya alcanzado el límite de <b>gastos de bolsillo</b> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	Sanciones por falta de <b>preautorización</b> , <b>Primas</b> , cargos de <b>facturación de saldo</b> , atención médica no cubierta este <b>plan</b> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos del bolsillo</b>

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte <a href="http://www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=JPU">www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=JPU</a> 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**.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		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 al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20/visita, el <b>deducible</b> no se aplica	30% de <b>coseguro</b>	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Consulta con un especialista	\$20/visita, el <b>deducible</b> no se aplica	30% de <b>coseguro</b>	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo	30% de <b>coseguro</b>	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	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <b>coseguro</b>	30% de <b>coseguro</b>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <b>coseguro</b>	30% de <b>coseguro</b>	\$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/>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a>	Normalmente medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (farmacia minorista) y \$20/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta, el <u>deducible</u> 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 CA Essential DMHC de Medicamentos” en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a> *Consulte la sección de medicamentos recetados del <u>plan</u> o el documento de políticas (por ejemplo, evidencia o certificado de cobertura). * El <u>deducible</u> no se aplica
	Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$25/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (farmacia minorista) y \$50/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos (Nivel 3)	\$40/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (farmacia minorista) y \$80/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Normalmente <u>medicamentos especializados</u> (de marca y genéricos) (Nivel 4)	30% de <u>coseguro</u> hasta \$200/receta* (venta minorista y 30% de <u>coseguro</u> hasta \$400/receta* (programa de entrega a domicilio)	50% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	\$350 como máximo beneficio/admisión para <u>Proveedores</u> fuera de la <u>red</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$150/visita, luego 20% de <u>coseguro</u>	Cubierto dentro de la <u>red</u>	El <u>copago</u> se cancela si el paciente es admitido. 10% de <u>coseguro</u> para los honorarios del médico de la sala de emergencias.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	Cubierto dentro de la <u>red</u>	-----ninguna-----
	<u>Atención de urgencia</u>	\$20/visita, el <u>deducible</u> no se aplica	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	

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

Si necesita hospitalización	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se aplicará una multa de \$500 si no se obtiene una <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> . \$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para <u>Proveedores</u> fuera de la <u>red</u> . 150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Sevicios ambulatorios	Visita de oficina \$20/visita, el <u>deducible</u> no se aplica Otro ambulatorio 20% de <u>coseguro</u>	Visita de oficina 30% de <u>coseguro</u> Otro ambulatorio 30% de <u>coseguro</u>	Visita de oficina Equipo de crisis móvil/línea de prevención 988 cubierto como dentro de la <u>red</u> . Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. Otro ambulatorio -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	\$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para <u>Proveedores</u> fuera de la <u>red</u> . 10% de <u>coseguro</u> para la tarifa del médico para pacientes internados para <u>Proveedores</u> dentro de la <u>red</u> . 30% de <u>coseguro</u> para la tarifa del médico para pacientes internados para <u>Proveedores</u> fuera de la <u>red</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20/visita, el <u>deducible</u> no se aplica	30% de <u>coseguro</u>	\$1,000 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para <u>Proveedores</u> fuera de la <u>red</u> . La atención de maternidad incluye pruebas y
	Servicios de parto profesionales	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	

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

				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.
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	100 visitas/periodo de beneficio.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección <u>Equipo médico duradero</u> .
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Copago de \$0 hasta alcanzar la cantidad máxima aprobada.	*Consulte la sección Servicios de la visión.
	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.)

- Anteojos para 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
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Cirugía cosmética
- Dispositivos para la audición
- Atención dental (adultos)
- Consulta dental a niños
- Programas para bajar de peso

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

**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
- Cirugía bariátrica (Dentro de la red)
- Atención de rutina de la vista (adultos) 1 examen/periodo de beneficios
- Servicios de enfermería privada solo en el domicilio
- Atención quiropráctica 30 visitas/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.dmhc.ca.gov/>, Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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](http://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](http://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/>

Asimismo, un programa de ayuda al consumidor puede ayudarlo en la presentación de su apelación. Comuníquese con California Consumer Assistance Program, Operated by the California Department of Managed Health Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, <https://www.dmhc.ca.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.**

Si 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 estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$500	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$500	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$500
■ <u>Especialistas Copago</u>	\$40	■ <u>Especialistas Copago</u>	\$40	■ <u>Especialistas Copago</u>	\$40
■ Hospital (establecimiento) <u>coseguro</u>	10%	■ Hospital (establecimiento) <u>coseguro</u>	10%	■ Hospital (establecimiento) <u>coseguro</u>	10%
■ Otros <u>coseguro</u>	10%	■ Otros <u>coseguro</u>	10%	■ Otros <u>coseguro</u>	10%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> ( <i>atención prenatal</i> ) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios profesionales para el nacimiento y el parto <u>Exámenes de diagnóstico</u> (ecografías y análisis de sangre) Consulta con un <u>especialista</u> ( <i>anestesia</i> )		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> ( <i>incluye la educación sobre enfermedades</i> ) <u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>análisis de sangre</i> ) <u>Medicamentos con receta médica</u> <u>Equipo médico duradero</u> ( <i>glucómetro</i> )		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> ( <i>incluye suministros médicos</i> ) <u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>radiografías</i> ) <u>Equipo médico duradero</u> ( <i>muletas</i> ) <u>Servicios de rehabilitación</u> ( <i>fisioterapia</i> )	
<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>	<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>	<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>		<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>		<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<b><u>Costos compartidos</u></b>		<b><u>Costos compartidos</u></b>		<b><u>Costos compartidos</u></b>	
<u>Deducibles</u>	\$500	<u>Deducibles</u>	\$100	<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$10	<u>Copagos</u>	\$1,200	<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$1,200	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,770</b>	<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,320</b>	<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,000</b>

El plan será responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

# 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

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

### 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។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្រនេះសរសេរជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ 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 โปรดโทรหาเราได้ที่ 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>