



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un **plan** médico. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado “prima”) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, ingrese en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/), o llame al (844) 879-5709 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	\$3,500/persona o \$7,000/familia para <u>proveedores</u> dentro de <u>la red</u> .	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí. Atención primaria. Visita a un <u>especialista</u> . <u>Cuidado preventivo</u> . <u>Ciertos medicamentos recetados</u> . A continuación, encontrará más información.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> de este <b>plan</b> ?	\$7,000/persona o \$14,000/familia para <u>proveedores</u> dentro de <u>la red</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , estos tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar.
¿Qué no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> y cuidado médico que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <b>proveedor</b> de la <b>red</b> ?	Sí, BlueCard PPO. Visite <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a> o llame al (844) 879-5709 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> . Los costos pueden variar según el sitio del servicio y cómo el proveedor factura.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> de la <u>red</u> puede utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <b>referencia</b> para ver a un <b>especialista</b> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son posteriores a que se haya alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede 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 visita el consultorio o la clínica de un proveedor de cuidados médicos</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$40/visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles.
	Visita a un <u>especialista</u>	No se aplica el <u>deducible</u> de \$80/visita	Sin cobertura	Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles.
	<u>Cuidado preventivo/ prueba de detección/ vacunación</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
<b>Si se realiza una prueba</b>	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
<b>Si necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición</b> Puede obtener más información sobre la <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a> Lista de medicamentos esenciales	Nivel 1: normalmente genérico	\$10/receta, no se aplica el <u>deducible</u> (venta minorista) y \$20/receta, no se aplica el <u>deducible</u> (entrega a domicilio)	Sin cobertura (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	La mayoría de las entregas a domicilio son un suministro para 90 días. Para más información, consulte la “Lista de medicamentos esenciales” en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a>
	Nivel 2: normalmente medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos	\$40/receta, no se aplica el <u>deducible</u> (venta minorista) y \$80/receta, no se aplica el <u>deducible</u> (entrega a domicilio)	Sin cobertura (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Nivel 3: normalmente medicamentos de marca no preferida y genéricos	\$80/receta, no se aplica el <u>deducible</u> (venta minorista) y \$160/receta, no se aplica el <u>deducible</u> (entrega a domicilio)	Sin cobertura (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	

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

Evento médico común	Servicios que puede 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)	
	Nivel 4: normalmente medicamentos de especialidad preferidos (de marca y genéricos)	<u>Coseguro</u> del 30% hasta \$250/receta (minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)	Sin cobertura (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cargo del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
	Cargos del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	No se aplica el <u>deducible</u> de \$500/visita	Cubierto como dentro de la <u>red</u>	<u>Coseguro</u> del 30% para el cargo del médico de la sala de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	Cubierto como dentro de la <u>red</u>	
	<u>Atención de urgencia</u>	\$40/visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Cargo del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
	Cargos del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de tratamiento por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio No se aplica el <u>deducible</u> de \$80/visita Otros pacientes ambulatorios <u>Coseguro</u> del 30%	Visita al consultorio Sin cobertura Otros pacientes ambulatorios Sin cobertura	Visita al consultorio Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles. Otros pacientes ambulatorios -----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	<u>Coseguro</u> del 30% para el cargo del médico para pacientes hospitalizados, <u>proveedores</u> dentro de la <u>red</u> . Sin cobertura para médicos para pacientes hospitalizados, <u>proveedores</u> fuera de la <u>red</u> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$40/visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	El cuidado médico de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía). *La cobertura incluye servicios de preservación de la fertilidad; consulte la sección "Preservación de la fertilidad".
	Servicios profesionales para el trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
	Servicios prestados en centros médicos de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	

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

Evento médico común	Servicios que puede 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 ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado médico en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	100 visitas/periodo de beneficios para <u>proveedores</u> dentro de la <u>red</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	No se aplica el <u>deducible</u> de \$80/visita	Sin cobertura	*Consulte la sección “Servicios terapéuticos”.
	<u>Servicios de habilitación</u>	No se aplica el <u>deducible</u> de \$80/visita	Sin cobertura	
	<u>Cuidado especializado de enfermería</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	120 días/periodo de beneficios para servicios de enfermería especializada para <u>proveedores</u> dentro de la <u>red</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	*Consulte la sección “ <u>Equipo médico duradero</u> ”.
	<u>Servicios para enfermos terminales</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	
<b>Si su hijo necesita cuidado dental o de los ojos</b>	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidado dental (pediátrico)</li> <li>• Anteojos para un niño</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Cuidado de rutina de los ojos (para adultos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Chequeos dentales</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Cuidado que no sea de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Atención de rutina de los pies, a menos que le hayan diagnosticado diabetes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado dental (para adultos)</li> <li>• Exámenes de la vista para un niño</li> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Servicios de enfermería privada</li> <li>• Programas para perder peso</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa; consulte el documento de su plan).

- |                                                                |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados quiroprácticos</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

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

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: Departamento de Atención de la Salud Administrada, Centro de Ayuda de California, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219, <https://www.dmhca.gov/>, Departamento del Trabajo, Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o comuníquese con Anthem al número que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado de seguros, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamo y apelación:** Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de Beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo ante el plan. Para más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese de las siguientes maneras:

ATTN: Grievance and Appeals, P. O. Box 54159, Los Angeles, CA 90054-0519

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)

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 generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del mercado de seguros u otras pólizas individuales del mercado de seguros, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

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

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal para las primas que le ayudará a pagar un plan a través del mercado de seguros.

*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:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes dependiendo del cuidado real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos en virtud del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura independiente.

Peg tendrá un bebé (9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y un parto en un hospital)		Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado médico dentro de la red de una condición bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencia dentro de la red y cuidado de seguimiento)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,500	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,500	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,500
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$80	■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$80	■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$80
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro médico)	30%	■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro médico)	30%	■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro médico)	30%
■ Otro <u>coseguro</u>	30%	■ Otro <u>coseguro</u>	30%	■ Otro <u>coseguro</u>	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el trabajo de parto/parto  
Servicios prestados en centros médicos de trabajo de parto/parto

Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita a un especialista (*anestesia*)

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)

Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos recetados

Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencia (*incluidos suministros médicos*)

Prueba de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>		<u>Costos compartidos</u>		<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,500	<u>Deducibles</u>	\$100	<u>Deducibles</u>	\$1,700
<u>Copagos</u>	\$10	<u>Copagos</u>	\$1,600	<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$2,700	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Servicios que no tienen cobertura</i>		<i>Servicios que no tienen cobertura</i>		<i>Servicios que no tienen cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$6,270</b>	<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,720</b>	<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,600</b>

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

## Servicios de acceso en otros idiomas:

(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 1-888-254-2721

**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 (Bàsɔ̀ Wùdù):** M̄ dyi dyi-diè-djè bɛ̀ bédé bá céè-djè nià ke dyí ní, ɔ̀ m̀ ò̀ ni dyí-bɛ̀dɛ̀n-djè bɛ̀ m̀ ké gbo-kpá-kpá kè b̄́ kp̄́ djé m̀ bídí-wùdùùn b́́ pídyi. Bɛ̀ m̀ ké wuɖu-zìin-nyò d̀ò gbo wùdù ke, dá 1-888-254-2721.

**Bengali (বাংলা):** যদি এই নথিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্য 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 yä thorë, ke yin nɔŋ loŋ bē yi kuony ku wër alëu bē gɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin wëu tääuë ke piny. Te kør yin ba jam wënë ran ye thok geryic, ke yin cöl 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.

**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.

## Servicios de acceso en otros idiomas:

**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):** O bụr u na i nwere ajuju o bula gbasara akwukwo a, i nwere ikike inweta enyemaka na ozi n'asusu gi na akwughị ugwo o bula. Ka gi na okowa okwu kwuo okwu, kpoo 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

**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。

## Servicios de acceso en otros idiomas:

**Khmer (ខ្មែរ):** បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។  
ដើម្បីជ្រកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ 1-888-254-2721 ។

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

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

**Navajo (Diné):** Díí naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idiłkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjí bee nił hodoonih t'áadoo bááh ilínígóó.  
Ata' halne'ígíí la' bich'í' 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 wajjin walqabaate gaffi kamiyyuu 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 Helfe 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.

**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 ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-888-254-2721 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Servicios de acceso en otros idiomas:

**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 lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totogi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili 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۔

**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 èyíkẹyí ibèrè nípa àkọsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọfẹ́fẹ́. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọrọ̀, pe 1-888-254-2721.

## Servicios de acceso en otros idiomas:

### Es importante que lo tratemos de manera justa

Por eso, cumplimos con las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. No discriminamos, excluimos ni tratamos de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades. Para quienes el inglés no es su idioma primario, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas 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. Si usted considera que no le brindamos estos servicios o que discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Puede presentar una queja por escrito ante nuestro coordinador de cumplimiento a Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. También tiene la opción de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en 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 ingresar en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.