



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/aso>. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al (800) 934-2961 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$250/por una persona o \$750/por familia. Todos los <a href="#">proveedores</a> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Medicamentos recetados</a> , <a href="#">atención preventiva</a> , visita de atención primaria y visita al <a href="#">especialista</a> para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados servicios preventivos sin <a href="#">distribución de costos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	\$5,000/por una persona o \$10,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$10,000/por una persona o \$30,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Servicios no considerados médicamente necesarios por la Administración Médica y/o Anthem, <a href="#">primas</a> , cargos por <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que no cubra este <a href="#">plan</a> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí, Blue Card PPO. Consulte <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a> o llame al (800) 934-2961 para obtener un listado de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenece a la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará el monto más alto si usa un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita un <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted desee sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .



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 pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25/visita; no se aplica <a href="#">deducible</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$45/visita; no se aplica <a href="#">deducible</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	50% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que se requiera certificación previa
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que se requiera certificación previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	\$10/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (venta minorista) y \$20/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (entrega a domicilio)	Copago o <a href="#">coseguro</a> de venta minorista más la diferencia entre los cargos de farmacia “dentro de la <a href="#">red</a> ” y “fuera de la red”. El pedido por correo fuera de la red no está cubierto.	La mayoría de los servicios de entrega a domicilio son para 90 días de suministro. *Consulte la sección Medicamentos recetados del

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>afección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.cvshealth.com">http://www.cvshealth.com</a>	Nivel 2: Normalmente medicamentos <a href="#">preferidos</a> /de marca	\$30/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (venta minorista) y \$60/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (entrega a domicilio)	Copago o <a href="#">coseguro</a> de venta minorista más la diferencia entre los cargos de farmacia “dentro de la <a href="#">red</a> ” y “fuera de la red”. El pedido por correo fuera de la red no está cubierto.	documento del <a href="#">plan</a> o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado).
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no <a href="#">preferidos</a> / <a href="#">medicamentos especializados</a>	\$50/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (venta minorista) y \$100/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (entrega a domicilio)	Copago o <a href="#">coseguro</a> de venta minorista más la diferencia entre los cargos de farmacia “dentro de la <a href="#">red</a> ” y “fuera de la red”. El pedido por correo fuera de la red no está cubierto.	
	Nivel 4: Normalmente <a href="#">medicamentos especializados</a> (de marca y genéricos)	\$50/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (venta minorista) y \$50/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (entrega a domicilio)	Sin cobertura	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Si se factura como visita al consultorio \$25/\$45 de <a href="#">copago</a> 20% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio \$25 de <u>copago</u> Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <u>coseguro</u>	Visita al consultorio 50% de <u>coseguro</u> Otros servicios para pacientes ambulatorios 50% de <u>coseguro</u>	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> para la tarifa del médico para pacientes internados para <u>proveedores</u> dentro de la <u>red</u> . 50% de <u>coseguro</u> para la tarifa del médico para pacientes internados para <u>proveedores</u> fuera de la <u>red</u> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir análisis y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
	Servicios de parto profesionales	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	120 visitas/periodo de beneficios. 4 horas equivalen a una visita.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$45 de <u>copago</u>	50% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$45 de <u>copago</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 120 días/periodo de beneficios.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Examen de la vista para niños	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección Servicios de la visión.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios dentales.

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

## 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](#).)

- Cirugía cosmética
- Anteojos para niños
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- Atención de rutina de la vista
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Chequeo dental
- Atención a largo plazo
- Programas de pérdida de peso

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 beneficios.
- Audífonos: 1/oído cada 3 años.
- Cirugía bariátrica para [proveedores](#) dentro de la [red](#).
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte [www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)
- Atención quiropráctica: 24 visitas/periodo de beneficios.

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), PO Box 54159, Los Angeles, CA 90054-0159

Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser 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](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

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

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir 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. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg está embarazada

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$250
■ <a href="#">Copago</a> del especialista	\$45
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

#### [Costo compartido](#)

<a href="#">Deducibles</a>	\$250
<a href="#">Copagos</a>	\$10
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,500
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,820</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$250
■ <a href="#">Copago</a> del especialista	\$45
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)

(*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos por recetas](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

#### [Costo compartido](#)

<a href="#">Deducibles</a>	\$250
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$800
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,470</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$250
■ <a href="#">Copago</a> del especialista	\$45
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)

[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)

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

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

#### [Costo compartido](#)

<a href="#">Deducibles</a>	\$250
<a href="#">Copagos</a>	\$100
<a href="#">Coseguro</a>	\$400
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$750</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.



## Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

(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 (800) 934-2961

**Amharic (አማርኛ):-** ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (800) 934-2961 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 (800) 934-2961.

**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՝ (800) 934-2961:

**Bassa (Bàsɔ̀ Wùdù):** M̄ dyi dyi-diè-djè b̄ě b̄édjé b̄á céè-djè nià ke dyí ní, ɔ̀ m̄ò ni dyí-b̄èdjèin-djè b̄é m̄ ké gbo-kpá-kpá kè b̄ǎ kpǎ djé m̄ bídí-wùdùùn b̄ó pídyi. B̄é m̄ ké wuɖu-zìin-nyò djò gbo wùdù ke, djá (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961 -তে কল করুন।

**Burmese (မြန်မာ):** ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖုန်း (800) 934-2961 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 (800) 934-2961。

**Dinka (Dinka):** Na nɔŋ thiëc në ke de yā thorë, ke yin nɔŋ loŋ bē yi kuony ku wër alëu bē gɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin wëu tāäuë ke piny. Te kør yin ba jam wënë ran ye thok geryic, ke yin cəl (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961 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 (800) 934-2961.

## Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961 ।

**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 (800) 934-2961.

**Igbo (Igbo):** O bụr ụ na ị nwere ajuju o bula gbasara akwukwo a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asusu gi na akwughị ugwo o bula. Ka gi na okowa okwu kwuo okwu, kpoo (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961

**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、(800) 934-2961 にお電話ください。



## Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

**Khmer (ខ្មែរ):** បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។  
ដើម្បីជ្រកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ (800) 934-2961 ។

**Kirundi (Kirundi):** Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata gicro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (800) 934-2961.

**Korean (한국어):** 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면 (800) 934-2961 로 문의하십시오.

**Lao (ພາສາລາວ):** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.  
ເພື່ອໂອ້ນລັບວ່າມແບພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (800) 934-2961.

**Navajo (Diné):** Díí naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idíłkídgó ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjí bee nił hodoonih t'áadoo báąh ilínígóó.  
Ata' halne'ígíí la' bich'í' hadeesdzih nínízingo kojí' hodiíłnih (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961

**Oromo (Oromifaa):** Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (800) 934-2961 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 (800) 934-2961 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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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, (800) 934-2961 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

**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 (800) 934-2961.

**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. (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**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 (800) 934-2961.

**Thai (ไทย):** หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (800) 934-2961 เพื่อพูดคุยกับสาลม

**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 (800) 934-2961.

**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، (800) 934-2961 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 (800) 934-2961.

**(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 (800) 934-2961.

**Yoruba (Yorùbá):** Tí o bá ní èyíkéyí ìbèrè nípa àkọsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lẹ́fẹ́. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọrọ̀, pe (800) 934-2961.

## Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

### Es importante que le brindemos un trato justo

Es por eso que seguimos leyes de derechos civiles federales en nuestras actividades y programas de salud. No discriminamos ni excluimos a las personas, ni las tratamos diferente, por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades. También ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a través de intérpretes y otros idiomas escritos para las personas cuya lengua materna no sea el inglés. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para recibir ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos brindado estos servicios o que lo/a hemos discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja o reclamo. Puede presentar un reclamo a nuestro Coordinador de Cumplimiento por escrito a Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O bien, puede presentar un reclamo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201, o llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de reclamaciones están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.