

Trinidad Benham BlueClassic PPO 20 Plan Balanceado



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le 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 la [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 visite <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para ver las definiciones de los términos más comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llame al (877) 811-3106 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible total</a> ?	\$3,500/miembro o \$7,000/familia para los <a href="#">Proveedores dentro de la red</a> . \$7,000/miembro o \$14,000/familia para los <a href="#">Proveedores fuera de la red</a> .	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene 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 <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Atención primaria. Visita a un especialista. <a href="#">Atención preventiva</a> . Determinados <a href="#">medicamentos recetados</a> . Lea más abajo para obtener más información.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$6,000/miembro o \$12,000/familia para los <a href="#">Proveedores dentro de la red</a> . \$14,000 /miembro o \$28,000/familia para los <a href="#">Proveedores fuera de la red</a> .	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar sus propios límites de <a href="#">gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el límite de <a href="#">gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Sanciones por falta de <a href="#">autorización previa</a> , <a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> , atención médica no cubierta por este <a href="#">plan</a> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí, PPO. Consulte <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> o llame al (877) 811-3106 para obtener una lista de <a href="#">Proveedores dentro de la red</a> . Los costos pueden variar	Este <a href="#">plan</a> usa 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 fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">saldo de facturación</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> podría usar un <a href="#">Proveedor fuera de la</a>

	según el lugar del servicio y cómo facture el proveedor.	<a href="#">red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que haya alcanzado su [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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica de un <a href="#">proveedor</a>	Visita con su médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25/visita; el <a href="#">deducible</a> no se aplica	40% de <a href="#">coseguro</a>	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles - Sin cargo por un proveedor dentro de la red virtual designado. Sin cobertura virtual por un proveedor fuera de la red. Si recibe servicios además de la visita al consultorio, pueden aplicarse copagos, deducibles o coseguros adicionales, por ejemplo, cirugía.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$50/visita; el <a href="#">deducible</a> no se aplica	40% de <a href="#">coseguro</a>	Se pueden aplicar otros cargos compartidos según los servicios proporcionados. Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	<a href="#">Atención preventiva/examen de detección</a> /vacuna	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por 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="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Consultorio: 20% de coseguro; el deducible no se aplica. Hospital: 20% de coseguro.	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de</a>	Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos	\$10/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (farmacia de venta al por menor); \$20/receta; el <a href="#">deducible</a> no se aplica (entrega a domicilio).	Venta al por menor: \$10 de copago; el deducible no se aplica.	Es posible que se requiera una certificación previa para determinados <a href="#">medicamentos recetados</a> . Tenga en cuenta que determinados medicamentos <a href="#">especializados</a> solo están disponibles en la farmacia
	Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	\$30/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (farmacia de venta al por menor); \$60/receta, el <a href="#">deducible</a>	Venta al por menor: \$30 de copago; el deducible no se aplica.	

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a>		no se aplica (entrega a domicilio).		<u>especializada</u> , y no podrá obtenerlos en una farmacia minorista o a través de entrega a domicilio (pedido por correo). Para más información, consulte “” en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a> *Consulte la sección sobre medicamentos recetados de su evidencia de cobertura, disponible en la nota al pie de página.
	Nivel 3 - Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos	\$50/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (farmacia de venta al por menor); \$100/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (entrega a domicilio).	Venta al por menor: \$50 de copago; el <u>deducible</u> no se aplica.	
	Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	20% de <u>coseguro</u> hasta un máximo de \$250/receta, el <u>deducible</u> no se aplica. (farmacia de venta al por menor) y 20% de <u>coseguro</u> hasta \$500/receta, el <u>deducible</u> no se aplica (entrega a domicilio).	Venta al por menor: 20% hasta un máximo de \$250.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cargo de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere una notificación previa para los servicios fuera de la red o se aplica una penalización del 50% de coseguro después del deducible.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro Consultorio: 20% de coseguro; el deducible no se aplica	40% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencia</a>	\$150 de copago por visita, luego 20% de coseguro, el deducible no se aplica	Cubierto dentro de la <u>red</u>	----ninguna----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de coseguro; el deducible no se aplica	Cubierto dentro de la <u>red</u>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 de copago por visita, luego 20% de coseguro; el deducible no se aplica	40% de <u>coseguro</u>	Se pueden aplicar otros cargos compartidos según los servicios proporcionados.
Si necesita hospitalización	Cargo de la instalación (p. ej., habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se aplica un copago de \$500 por hospitalización a quienes no pertenecen a la red antes del

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				deducible; se aplicará una penalización del 50% de coseguro después del deducible si no se obtiene una notificación previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro Consultorio: 20% de coseguro; el deducible no se aplica	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio; sin cargo. Otros servicios ambulatorios: 20% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 40% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios ambulatorios 40% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles sin cargos. Otros servicios ambulatorios -----ninguno-----
	Servicios internos	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Se aplica un copago de \$500 por hospitalización a quienes no pertenecen a la red antes del deducible; se aplicará una penalización del 50% de coseguro después del deducible si no se obtiene una notificación previa.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo.	40% de <a href="#">coseguro</a>	Los servicios preventivos no están sujetos a la participación en los gastos. Dependiendo del tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. La atención a la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). Se aplica un copago de \$500 por hospitalización a quienes no pertenecen a la red antes del deducible; se aplicará una penalización del 50% de coseguro después del deducible si no se obtiene una notificación previa.
	Servicios de parto profesionales	20% de coseguro Consultorio: 20% de coseguro; el deducible no se aplica	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita servicios de</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Limitado a 60 visitas por año natural.

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% de coseguro	40% de <a href="#">coseguro</a>	Límites por año natural: Físico: 25 visitas; Ocupacional: 20 visitas; Habla: 20 visitas; Cardíaca: Ilimitado; Pulmonar: Ilimitado.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% de coseguro	40% de <a href="#">coseguro</a>	Las visitas de habilitación cuentan para su el límite de rehabilitación.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Limitado a 90 días por año natural (combinado con la rehabilitación de pacientes hospitalizados). Se aplica un copago de \$500 por hospitalización a quienes no pertenecen a la red, antes del deducible.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere una notificación previa para servicios fuera de la red o se aplica una penalización del 50% de coseguro después del deducible.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Atención dental (pediátrica)</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Revisión dental</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> <li>• Enfermería privada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Anteojos para niños</li> <li>• <a href="#">Preautorización</a> - Es posible que tenga que pagar la totalidad o una parte de cualquier prueba, equipo, servicio o procedimiento que no haya sido preautorizado. Póngase en contacto con nosotros para saber qué debe ser preautorizado y si se ha concedido la <a href="#">preautorización</a>.</li> </ul>
---	--	---

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayor parte de la cobertura se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte <a href="http://www.bcbsglobalcore.com">www.bcbsglobalcore.com</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica: 20 visitas/período de beneficios</li> <li>• Acupuntura: 20 visitas/período de beneficios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> </ul>
---	--	---

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

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Division of Insurance, ICARE Section, 1560 Broadway, Suite 850, Denver, Colorado 80202, (303) 894-7490, 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, 700 Broadway, Mail Stop CO0104-0430, Denver, CO 80273

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

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí/No**

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/No**

Su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), 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 de ejemplo, consulte la siguiente sección Ante.*

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/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 la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,500
■ <a href="#">Especialistas Copago</a>	\$50
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

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

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

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<a href="#">Costos compartidos</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,500
<a href="#">Copagos</a>	\$40
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,300

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,900</b>
------------------------------------	----------------

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,500
■ <a href="#">Especialistas Copago</a>	\$50
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

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

[Medicamentos con receta médica](#)

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

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<a href="#">Costos compartidos</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$100
<a href="#">Copagos</a>	\$1,300
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,420</b>
------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,500
■ <a href="#">Especialistas Copago</a>	\$50
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

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

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

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

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<a href="#">Costos compartidos</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,100
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,400</b>
------------------------------------	----------------

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

## Language Access Services:

(TTY/TDD: 711)

**Albanian (Shqip):** Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (877) 811-3106

**Amharic (አማርኛ):** ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (877) 811-3106 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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106:

**Bassa (Bàsà̀ Wùdù̀):** M̄ dyi dyi-diè-dè b̄é b̄édé b̄á céè-dè n̄ià ke dyí ní, ɔ mò n̄i dyí-b̄é̀d̄è̀in-d̄è̀ b̄é̀ m̄ k̄é gbo-kpá-kpá k̄è b̄ǎ̀ kp̄ǎ̀ d̄é̀ m̄ b̄í̀dí̀-̀wù̀d̄ù̀n̄ b̄ó p̄ídyi. B̄é̀ m̄ k̄é wùdù-ziin-nyò̀ d̄ò̀ gbo wù̀d̄ù̀ ke, d̄á (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106 -তে কল করুন।

**Burmese (မြန်မာ):** ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ငှ (877) 811-3106 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

**Chinese (中文):** 如果您对本文件有任何疑问，您有权使用您的语言免费获得协助和资讯。如需与译员通话，请致电(877) 811-3106。

**Dinka (Dinka):** Na n̄ɔŋ thiëc n̄e ke de yā thorë, ke yin n̄ɔŋ loŋ b̄e yi kuony ku w̄er alëu b̄e ḡɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin w̄eu tāäuë ke piny. Te k̄or yin ba jam w̄enë ran ye thok geryic, ke yin c̄ol (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**Farsi (فارسي):** 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 (877) 811-3106 تماس بگیرید.

## Language Access Services:

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 करे (877) 811-3106 ।

**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 (877) 811-3106.

**Igbo (Igbo):** Ọ bụr ụ na ị nwere ajụjụ ọ bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Ka gị na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106

**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 (877) 811-3106 にお電話ください。

## Language Access Services:

**Khmer (ខ្មែរ):** បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។  
ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ(877) 811-3106 ។

**Kirundi (Kirundi):** Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuze, akura (877) 811-3106.

**Korean (한국어):** 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(877) 811-3106 로 문의하십시오.

**Lao (ພາສາລາວ):** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.  
ເພື່ອໂອ້ນລັບກ່ຽວກັບພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (877) 811-3106.

**Navajo (Diné):** Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idíilkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjí bee nií hodoonih t'áadoo báááh ilínígóó.  
Ata' halne'ígíí la' bich'i'í hadeesdzih nínizingo kojí' hodiilnih (877) 811-3106.

**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(877) 811-3106

**Oromo (Oromifaa):** Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (877) 811-3106 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 (877) 811-3106 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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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(877) 811-3106 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Language Access Services:

**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 (877) 811-3106.

**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. (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**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 (877) 811-3106.

**Thai (ไทย):** หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (877) 811-3106 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: (877) 811-3106.

**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، (877) 811-3106 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 (877) 811-3106.

**(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 (877) 811-3106.

**Yoruba (Yorùbá):** Tí ó bá ní èyíkẹyí ibèrè nípa àkọsílẹ̀ yí, ó ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọ́fẹ́ẹ̀. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọrọ̀, pe (877) 811-3106.

## Language Access Services:

### Es importante que lo tratemos de manera justa

Esta es la razón por la cual aplicamos las leyes federales sobre derechos civiles en todos nuestros programas y actividades de atención de la salud. No discriminamos, no excluimos a las personas, ni tampoco las tratamos diferente por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En el caso de personas con algún tipo de discapacidad, ofrecemos servicios de asistencia gratuitos. En el caso de personas cuyo idioma nativo no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia con el idioma a través de intérpretes y documentos escritos en otros idiomas. ¿Está interesado en estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos logrado ofrecer estos servicios adecuadamente o ha sido discriminado(a) por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación, a la que también se conoce como “queja formal”. Para presentar su reclamación ante nuestro Coordinador de Cumplimiento (Compliance Coordinator), escríbanos a Compliance Coordinator P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O bien, puede presentar una reclamación ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llamando por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) o por Internet a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>