



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/, o llamar al (877) 811-3106 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$3,500/miembro o \$7,000/familia para proveedores dentro de la red . \$7,000/miembro o \$14,000/familia para proveedores fuera de la red .	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Atención primaria. Visita a un especialista . Cuidado preventivo . Ciertos medicamentos recetados . A continuación, encontrará más información.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan ?	\$6,000/miembro o \$12,000/familia para proveedores dentro de la red . \$14,000/miembro o \$28,000/familia para proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan , estos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Multas por no obtener una preautorización , primas , cargos de facturación del saldo y cuidado médico que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red ?	Sí, PPO. Visite www.anthem.com o llame al (877) 811-3106 para obtener una lista de proveedores de la red . Los costos pueden variar según el sitio del servicio y cómo el proveedor facture.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.



Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una referencia .



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)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de cuidados médicos	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Consultorio: \$25/visita; no se aplica el deducible . Virtual/telesalud: sin cargo	Consultorio/virtual/telesalud, coseguro del 40%	Si recibe servicios además de la visita al consultorio, pueden aplicarse copagos, deducibles o coseguros adicionales, por ejemplo, cirugía.
	Visita a un especialista	Consultorio: \$50/visita; no se aplica el deducible . Virtual/telesalud: \$50/visita; no se aplica el deducible .	Consultorio/virtual/telesalud, coseguro del 40%	Se pueden aplicar otros costos compartidos dependiendo de los servicios prestados.
	Cuidado preventivo/pruebas de detección /vacunación	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Consultorio: Coseguro del 20%; no se aplica el deducible Hospital: Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----

* 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)	
Si necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/	Nivel 1: normalmente genérico	\$10/receta, no se aplica el deducible (venta minorista) y \$20/receta, no se aplica el deducible (entrega a domicilio)	Minorista: copago de \$10; no se aplica el deducible.	Es posible que se requiera una certificación previa para ciertos medicamentos recetados . Tenga en cuenta que determinados medicamentos especializados solo están disponibles en una farmacia especializada y usted no podrá obtenerlos en una farmacia minorista ni a través de una farmacia con entrega a domicilio (pedido por correo). Para obtener más información, consulte “National Direct Plus 4-Tier” en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ *Consulte la sección “Medicamentos recetados” de su Evidencia de Cobertura, disponible en la nota al pie a continuación.
	Nivel 2: normalmente medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos	\$30/receta, no se aplica el deducible (venta minorista) y \$60/receta, no se aplica el deducible (entrega a domicilio)	Minorista: copago de \$30; no se aplica el deducible.	
	Nivel 3: normalmente medicamentos de marca no preferida y genéricos	\$50/receta, no se aplica el deducible (venta minorista) y \$100/receta, no se aplica el deducible (entrega a domicilio)	Minorista: copago de \$50; no se aplica el deducible.	
	Nivel 4: normalmente medicamentos de especialidad preferidos (de marca y genéricos)	Coseguro del 20% hasta \$250/receta, no se aplica el deducible (minorista) y coseguro del 20% hasta \$500/receta, no se aplica el deducible (entrega a domicilio)	Minorista: 20% con un máximo de \$250	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere notificación previa para proveedores fuera de la red o se aplica una multa del 50% de coseguro después de aplicar el deducible.
	Cargos del médico/cirujano	Coseguro del 20% Consultorio: Coseguro del 20%; no se aplica el deducible	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----

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)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	Copago de \$150 por visita, luego un coseguro del 20%, no se aplica el deducible.	Cubierto como dentro de la red	-----Ninguna-----
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%; no se aplica el deducible	Cubierto como dentro de la red	-----Ninguna-----
	Atención de urgencia	Copago de \$50 por visita; luego un coseguro del 20%, no se aplica el deducible.	Coseguro del 40%	Se pueden aplicar otros costos compartidos dependiendo de los servicios prestados.
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se aplica un copago de \$500 por confinamiento para pacientes hospitalizados fuera de la red antes del deducible, se aplicará una multa del 50% del coseguro después del deducible si no se obtiene una notificación previa.
	Cargos del médico/cirujano	Coseguro del 20% Consultorio: Coseguro del 20%; no se aplica el deducible	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de tratamiento por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Consultorio/virtual/telesalud Sin cargo Paciente ambulatorio Coseguro del 20%	Consultorio/virtual/telesalud Coseguro del 40% Paciente ambulatorio Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se aplica un copago de \$500 por confinamiento para pacientes hospitalizados fuera de la red antes del deducible, se aplicará una multa del 50% del coseguro después del deducible si no se obtiene una notificación previa.

* 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)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Coseguro del 40%	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. El cuidado médico de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía). Se aplica un copago de \$500 por confinamiento para pacientes hospitalizados fuera de la red antes del deducible, se aplicará una multa del 50% del coseguro después del deducible si no se obtiene una notificación previa.
	Servicios profesionales para el trabajo de parto/parto	Coseguro del 20% Consultorio: Coseguro del 20%; no se aplica el deducible	Coseguro del 40%	
	Servicios prestados en centros médicos de trabajo de parto/parto	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado médico en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Limitado a 60 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Límites por año calendario: Examen físico: 25 visitas; ocupacional: 20 visitas; habla: 20 visitas; cardíaco: ilimitado; pulmonar: ilimitado.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Los servicios se prestan y los límites se combinan con los servicios de rehabilitación mencionados anteriormente.
	Cuidado especializado de enfermería	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Limitado a 90 días por año calendario (combinado con rehabilitación con hospitalización). El copago de \$500 por confinamiento para pacientes hospitalizados se aplica a los servicios fuera de la red antes del deducible.

* 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)	
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
	Servicios para enfermos terminales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere notificación previa para proveedores fuera de la red o se aplica una multa del 50% del coseguro después de aplicar el deducible.

Excluded Services & Other Covered Services:

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"> • Cirugía bariátrica • Cuidado dental (pediátrico) • Atención de rutina de los pies, a menos que le hayan diagnosticado diabetes • Tratamiento de infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Chequeos dentales • Cuidado a largo plazo • Programas para perder peso • Servicios de enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental (para adultos) • Anteojos para un niño • Preautorización: Es posible que tenga que pagar la totalidad o una parte de cualquier prueba, equipo, servicio o procedimiento que no esté autorizado previamente. Contáctenos para averiguar qué debe preautorizarse y si se otorgó la preautorización. |
|---|--|--|

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"> • La mayor parte de la cobertura se proporciona fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados quiroprácticos 20 visitas/periodo de beneficios • Acupuntura 20 visitas/periodo de beneficios | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos |
|--|---|---|

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: 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. También puede comunicarse con Anthem al número que figura 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 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: 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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí/No

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/No

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 [coseguros](#)) 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 individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y un parto en un hospital)

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$3,500
Copagos	\$40
Coseguro	\$1,300

Servicios que no tienen cobertura

Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$4,900

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado médico dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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 la glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$100
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0

Servicios que no tienen cobertura

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,420

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y cuidado de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$2,100
Copagos	\$300
Coseguro	\$0

Servicios que no tienen cobertura

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,400

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de 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 (877) 811-3106

Amharic (አማርኛ): ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በገጽ 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 (Bàsɔ̀ Wùdù): M̐ dyi dyi-diè-djé b̐é b̐édjé b̐á céè-djé n̐à ké dyí ní, ɔ̀ m̐ò n̐i dyí-b̐édjéin-djé b̐é m̐ ké gbo-kpá-kpá kè b̐ʒ kp̐ɔ̀ djé m̐ bídjí-wùdùùn b̐ó p̐ídyi. B̐é m̐ ké wuɖu-zìin-nyɔ̀ d̐ò gbo wùdù ké, d̐á (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 ရယူနိုင်ခွင့်သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖု (877) 811-3106 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(877) 811-3106。

Dinka (Dinka): Na n̄ɔŋ thiëc nē ke de yā thorē, ke yin n̄ɔŋ loŋ bē yi kuony ku wer alēu bē ḡɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin wēu tāāuē ke piny. Te k̄ɔr yin ba jam wēnē ran ye thok geryic, ke yin c̄ɔl (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 (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 (877) 811-3106 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 (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 (ગજરાતી): જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ ખર્ચ વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમન 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 करें (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 ajuju ọ bụla gbasara akwukwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwughị ugwo 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

Servicios de acceso en otros idiomas:

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。

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

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. ເພື່ອໂອ້ນລັກກັບລາມແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (877) 811-3106.

Navajo (Diné): Dii naaltsoos biká'ígíí łahgo bina'idiłkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjí bee nił hodoonih t'áadoo báąh ilínígóó. Ata' halne'ígíí ła' bich'i' hadeesdizh ninízingo koǫ́' 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 wajjin walqabaate gaffi kamiyyuu 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.

Servicios de acceso en otros idiomas:

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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ (877) 811-3106 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

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): หากท่าน ใด ่ถามใด ๆ ่ถาม เอกสารฉบับนี้ ท่านสามารถ จะได้รับ ความช่วยเหลือ และข้อมูล ในภาษาของท่าน โดยไม่ม าค ไร ะ โดยโทร ๐

(877) 811-3106 ๐๐ พุดค ำกับสำม ะ

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.

Servicios de acceso en otros idiomas:

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyí ibèrè nípa àkòsílẹ̀ yí, o ní ètò láti gba àrànwò àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lófèẹ̀. Bá wa ògbùfò kan sòrò, pe (877) 811-3106.

Es importante que te tratemos de manera justa

Por eso, respetamos las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas de salud y actividades. 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 para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si usted considera que no le brindamos estos servicios o que discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Puede presentar una queja por escrito a 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>.