



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://eoc.anthem.com/eocdps/>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.cuidadodesalud.gov/es/sbc-glossary/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/sbc-glossary/) o llamar al (833) 592-9956 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deductible total</u> ?	\$2,000/persona o \$4,000/familia para dentro de la <u>red Proveedores</u> . \$4,000/persona o \$8,000/familia para fuera de la <u>red Proveedores</u> .	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deductible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deductible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deductible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. Atención primaria. Visita <u>especialista</u> . <u>Atención preventiva</u> . Ciertos medicamentos recetados. Examen de la visión. Lea más abajo para obtener más información.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$5,000/persona o \$10,000/familia para dentro de la <u>red Proveedores</u> . \$10,000/persona o \$20,000/familia para fuera de la <u>red Proveedores</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , estos deben alcanzar sus propios límites de <u>gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo familiar total.</u>
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica no cubierta este <u>plan</u> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .

<b>¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?</b>	Sí. Consulte <a href="http://www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=VQX">www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=VQX</a> o llamar a (833) 592-9956 para obtener una lista de Proveedores de red. Los costos varían según el centro de servicios y cómo facture el proveedor.	Este plan usa una red de Proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan. Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (saldo de facturación). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un Proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios.
<b>¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?</b>	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	EPHC \$10/visita, el <u>deducible</u> no se aplica PCP \$15/visita, el <u>deducible</u> no se aplica	30% de <u>coseguro</u>	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Consulta con un especialista	\$30/visita, el <u>deducible</u> no se aplica	30% de <u>coseguro</u>	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Laboratoria – Oficina Sin cargo Radiografía – Oficina 20% de <u>coseguro</u>	Laboratoria – Oficina 30% de <u>coseguro</u> Radiografía – Oficina 30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada,	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	estudio PET, resonancia magnética)			
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <u><a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">cobertura de medicamentos con receta médica</a></u> en <u><a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a></u>	Normalmente medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5/receta, el <u>deductible</u> no se aplica (farmacia minorista) y \$13/receta, el <u>deductible</u> no se aplica (programa de entrega a domicilio)	30% de <u>coseguro</u> , el <u>deductible</u> no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	Para más información, consulte "Lista National de Medicamentos" en <u><a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a></u> *Consulte la sección Medicamentos recetados.
	Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$50/receta, el <u>deductible</u> no se aplica (farmacia minorista) y \$125/receta, el <u>deductible</u> no se aplica (programa de entrega a domicilio)	30% de <u>coseguro</u> , el <u>deductible</u> no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos (Nivel 3)	\$100/receta, el <u>deductible</u> no se aplica (farmacia minorista) y \$250/receta, el <u>deductible</u> no se aplica (programa de entrega a domicilio)	30% de <u>coseguro</u> , el <u>deductible</u> no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
	Normalmente <u>medicamentos especializados</u> (de marca y genéricos) (Nivel 4)	20% de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta, el <u>deductible</u> no se aplica (venta minorista y programa de entrega a domicilio)	30% de <u>coseguro</u> , el <u>deductible</u> no se aplica (farmacia minorista) y Sin cobertura (programa de entrega a domicilio)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	Cubierto dentro de la <u>red</u>	-----ninguna-----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	Cubierto dentro de la <u>red</u>	Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia fuera de la <u>red</u> tienen un límite de \$50,000 por viaje.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$60/visita, el <u>deductible</u> no se aplica	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si necesita hospitalización</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	servicios de enfermería especializada combinados. -----ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Sevicios ambulatorios	Visita de oficina \$15/visita, el <u>deductible</u> no se aplica Otro ambulatorio 20% de <u>coseguro</u>	Visita de oficina 30% de <u>coseguro</u> Otro ambulatorio 30% de <u>coseguro</u>	Visita de oficina Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. Otro ambulatorio -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p.ej., ecografías).
<b>Si está embarazada</b>	Servicios de parto profesionales	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	100 visitas/periodo de beneficio para Cuidado de la salud en el hogar y servicios de enfermería privada combinados.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15/visita, el <u>deductible</u> no se aplica	30% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15/visita, el <u>deductible</u> no se aplica	30% de <u>coseguro</u>	
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección <u>Equipo médico duradero</u> .
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Copago de \$0 hasta alcanzar la cantidad máxima aprobada.	*Consulte la sección Servicios de la visión.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	
				-----ninguna-----

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

## 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.)**

- Acupuntura
- Atención de rutina de los pies, a menos que sea médicamente necesaria
- Cirugía cosmética
- Tratamiento para la infertilidad
- Anteojos para niños
- Atención dental (adultos)
- Consulta dental a niños
- Atención a largo plazo
- Cirugía bariátrica
- Programas para bajar de peso

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

- Atención de rutina de la vista (adultos) 1 examen/periodo de beneficios
- La mayor parte de la cobertura se brinda fuera de los Estados Unidos  
[www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)
- Atención quiropráctica 30 visitas/periodo de beneficio
- Servicios de enfermería privada 100 visitas/periodo de beneficio combinados con atención médica domiciliaria
- Dispositivo para la audición 1 artículo/oreja cada 24 meses para niños hasta los 18 años de edad. Máximo de \$1,500/dispositivo para la audición.

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Virginia Bureau of Insurance, 1300 East Main Street, P. O. Box 1157, Richmond, VA 23218, (800) 552-7945, Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o comuníquese con Anthem al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

ATTN: Grievances and Appeals, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279

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

Virginia Bureau of Insurance, 1300 East Main Street, P. O. Box 1157, Richmond, VA 23218, (800) 552-7945

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima normalmente incluye planes, seguros, médicos disponible a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.**

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*

## 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

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Especialistas Copago</u>	\$30
■ Hospital (establecimiento) <u>coseguro</u>	20%
■ Otros <u>coseguro</u>	0%

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)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

### Costos compartidos

Deductibles	\$2,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,900

### *Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,970

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Especialistas Copago</u>	\$30
■ Hospital (establecimiento) <u>coseguro</u>	20%
■ Otros <u>coseguro</u>	0%

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 desangre)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

### Costos compartidos

Deductibles	\$0
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$0

### *Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,520

### Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Especialistas Copago</u>	\$30
■ Hospital (establecimiento) <u>coseguro</u>	20%
■ Otros <u>coseguro</u>	0%

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)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

### Costos compartidos

Deductibles	\$2,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$20

### *Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,220

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 (833) 592-9956

**Amharic (አማርኛ):** ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥሩ ካለዋል፡፡ በፈጸም ቅጽቁ አርዳታ እና ይህን መረጃ በነገድ የሚጠኑት መብት አለዋል፡፡ አስተርጓጻሚ ለማናገር (833) 592-9956 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 (833) 592-9956.

**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՝ (833) 592-9956։

**Bassa (Bàssoò Wùdqù):** M dyi dyi-diè-dé bá céè-dé nià ke dyí ní, o mò nì dyí-bèdèìn-dé bé mì ké gbo-kpá-kpá kè bɔ́ kpɔ́ d'é mì bídí-wùdqùún bó pídyi. Bé mì ké wuqu-zììn-nyò dò gbo wùdqù ke, dá (833) 592-9956.

**Bengali (বাংলা):** যদি এই নথিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিলামূল্য সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাস্তির সাথে কথা স্নান জন্ম (833) 592-9956 -তে কল করুন।

**Burmese (မြန်မာ):** ကြုံစာရင်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် ဖော်မြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခြေားငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားမြန် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားမြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖွဲ့စည်း (833) 592-9956 ဖို့ 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(833) 592-9956。

**Dinka (Dinka):** Na noŋ thiieec nē ke de yā thorē, ke yin noŋ loŋ bē yi kuony ku wer alēu bē geer yic yin ne thoŋ du ke cin wēu tāāuē ke piny. Te kər yin ba jam wēnē ran ye thok geryic, ke yin cəl (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

## Language Access Services:

**Farsi (فارسی)**: در صورتی که سوالی 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 ۵۹۲-۹۹۵۶ (833) 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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**Gujarati (ગુજરાતી)**: જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્ન હોય તો, કોઈપણ ખર્ચ વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**Hindi (हिंदी)**: अगर आपके पास इस दस्तावेज 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 (833) 592-9956 |

**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 (833) 592-9956.

**Igbo (Igbo)**: O bụr ụ na i nwere ajụjụ o bụla gbasara akwụkwọ a, i nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gi na akwụghị ụgwọ o bụla. Ka gi na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956

## Language Access Services:

**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 (833) 592-9956 にお電話ください。

**Khmer (ខ្មែរ):** បើមួយការងារសំណូរឡើងទេ គាំពើរការងារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទូលដំឡូយនឹងតែគោនជាការបំអ្នកដោយឥតគិតថ្លែង។ ដើម្បីធ្វើការដោយអ្នកបាទក្រោម ស្ថាមហ៊ា (833) 592-9956 ។

**Kirundi (Kirundi):** Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata gicro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (833) 592-9956.

**Korean (한국어):** 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면 (833) 592-9956 로 문의하십시오.

**Lao (ພາສາລາວ):** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດງ່າຍ່ອກບ້ອກກະຫານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໃດໝີບໍ່ແລ້ວຄ່າ ເພື່ອໂຫຼວມກັບວ່າມີປາສາ, ໃຫ້ໃຫ້ໜາ (833) 592-9956.

**Navajo (Diné):** Díí naaltsoos biká'ígíí ḥahgo bina'ídilkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjí bee nił hodoonih t'áadoo bázh ilníg óó. Ata' halne'ígíí ḥa' bich'í' hadeesdzih nínízingo koj' hodíílnih (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956

**Oromo (Oromifaa):** Sanadi kanaa wajiiñ walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeefanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (833) 592-9956 bilbilla.

**Pennsylvania Dutch (Deitsch):** Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Helfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff (833) 592-9956 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 (833) 592-9956.

## Language Access Services:

**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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956 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 (833) 592-9956.

**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. (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**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 (833) 592-9956.

**Thai (ไทย):** หากท่านมีคำถามใดๆ ก็ได้กับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (833) 592-9956 เพื่อพูดคุยกับลาม

**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: (833) 592-9956.

**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، (833) 592-9956 پر کال کریں۔

## Language Access Services:

**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 (833) 592-9956.

**(Yiddish) (אידיש):** אויב איר האט שאלות וועג דעם דאָקּומַעַנט, האט אַיר ד' רעכֿט צו באָקּומַעַנט דעם אַינְפֿאַרְמַאַצְיַע אַין אַיִיר שְׁפָרָאַךְ אַהֲן קִין פֿרִיאַץ. צו רעדֵן צו  
אַן אַיבָּעַדְעַצְעָר, רופַט . (833) 592-9956

**Yoruba (Yorùbá):** Tí o bá ní èyikéyi ìbèrè nípa àkòsìlè yí, o ní ètò láti gba ìrànwó àti ìwífún ní èdè rẹ lófèé. Bá wa ògbùfò kan sòrò, pe (833) 592-9956.

### 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>.