



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) lo 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 conocer 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 (866) 802-0510 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$2,200/beneficiario único o \$4,200/familia para proveedores dentro de la red . \$3,950/beneficiario único u \$7,700/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 hay otros miembros de su familia en la póliza, el deducible familiar general debe alcanzarse antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Cuidado preventivo . 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 los 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 ?	\$3,950/beneficiario único o \$7,700/familia para proveedores dentro de la red . \$7,450/beneficiario único u \$14,700/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 hay otros miembros de su familia en este plan, se debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	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 <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> ?	Sí. Blue Card PPO. Visite www.anthem.com o llame al (866) 802-0510 para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> . Los costos pueden variar según el sitio del servicio y cómo el <u>proveedor</u> factura.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> de la <u>red</u> puede utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla se aplican después de 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 <u>red</u> (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la <u>red</u> (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de cuidados médicos	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles.
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles.
	<u>Cuidado preventivo/prueba de detección</u> /vacunación	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 30%	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguna-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----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/	Normalmente genérico (Nivel 1)	<u>Coseguro</u> del 10% (minorista y entrega a domicilio)	<u>Coseguro</u> del 30% (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	Para más información, consulte la “Lista nacional de medicamentos” en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ *Consulte la sección “Medicamentos recetados”.
	Normalmente medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos (Nivel 2)	<u>Coseguro</u> del 10% (minorista y entrega a domicilio)	<u>Coseguro</u> del 30% (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Normalmente medicamentos de marca no preferida y genéricos (Nivel 3)	<u>Coseguro</u> del 10% (minorista y entrega a domicilio)	<u>Coseguro</u> del 30% (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Normalmente medicamentos de <u>especialidad</u> preferidos (de marca y genéricos) (Nivel 4)	<u>Coseguro</u> del 10% (minorista y entrega a domicilio)	<u>Coseguro</u> del 30% (minorista) y sin cobertura (entrega a domicilio)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguna-----
	Cargos del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	Cubierto como dentro de la <u>red</u>	-----Ninguna-----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	Cubierto como dentro de la <u>red</u>	-----Ninguna-----
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguna-----
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguna-----
	Cargos del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de tratamiento por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio <u>Coseguro</u> del 10% Otros pacientes ambulatorios <u>Coseguro</u> del 10%	Visita al consultorio <u>Coseguro</u> del 30% Otros pacientes ambulatorios <u>Coseguro</u> del 30%	Visita al consultorio Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles. Otros pacientes ambulatorios -----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----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 está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	El cuidado médico de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	
	Servicios prestados en centros médicos de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado médico en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	80 visitas/periodo de beneficios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	*Consulte la sección “Servicios terapéuticos”.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	60 días/periodo de beneficios para servicios de enfermería especializada.
	<u>Cuidado especializado de enfermería</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	*Consulte la sección “Equipo médico duradero”.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	
	<u>Servicios para enfermos terminales</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguna-----
Si su hijo necesita cuidado dental o de los ojos	Examen de la vista para niños	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	*Consulte la sección “Servicios de la visión”.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Chequeo dental pediátrico
- Anteojos para un niño
- Servicios de enfermería privada
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de infertilidad
- Atención de rutina de los pies, a menos que le hayan diagnosticado diabetes
- Cuidado dental (para adultos)
- Cuidado a largo plazo
- Programas para perder peso

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

- Acupuntura
- Audífonos, un par cada 5 años
- Cirugía bariátrica
- La mayor parte de la cobertura se proporciona fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Cuidados quiroprácticos 60 visitas/periodo de beneficios en combinación con todas las demás terapias
- Cuidado de rutina de los ojos (para adultos)

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

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: State of Indiana Department of Insurance, 311 W. Washington Street, Suite 300, Indianapolis, Indiana 46204, (800) 622-4461, (317) 232-2395, www.in.gov/idoi/3008.htm, 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 ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para 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 obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: ATTN: Grievances and Appeals, P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

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 lo ayudará a pagar un plan a través del mercado de seguros.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg tendrá un bebé

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$2,200
■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro médico)	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

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:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,200
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,000
<i>Servicios que no tienen cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$3,260

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$2,200
■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro médico)	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

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

Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos recetados

Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,200
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>Servicios que no tienen cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,520

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$2,200
■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro médico)	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

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:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,200
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$60
<i>Servicios que no tienen cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,260

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

Servicios de acceso en otros idiomas:

(TTY/TDD: 711)

Albanian (Shqip): Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (866) 802-0510

Amharic (አማርኛ): ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (866) 802-0510 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 (866) 802-0510.

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՝ (866) 802-0510:

Bassa (Bàsɔ̀ wùdù): M̐ dyi dyi-diè-dɛ̀ bɛ́ bédé b́á céè-dɛ̀ nìà kɛ dyí ní, ɔ̀ m̀ò nì dyí-bédɛ̀n-dɛ̀ bɛ́ m̐ kɛ gbo-kpá-kpá kè b̐́ kp̐́ dɛ́ m̐ bídí-wùdùùn b́ó pídyi. B́é m̐ kɛ wuɖu-zìin-nyò d̀ò gbo wùdù kɛ, d́á (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510 -তে কল করুন।

Burmese (မြန်မာ): ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖု (866) 802-0510 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(866) 802-0510。

Dinka (Dinka): Na n̄ɔŋ thiëc nē ke de yā thorē, ke yin n̄ɔŋ lonɔ̄ bē yi kuony ku w̄ɛr alēu bē ḡɛɛr yic yin ne thonɔ̄ du ke cin wēu tāāuē ke piny. Te k̄ɔr yin ba jam wēnē ran ye thok geryic, ke yin c̄ɔl (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

Farsi (فارسی): در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (866) 802-0510 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 (866) 802-0510.

Servicios de acceso en otros idiomas:

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510 ।

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 (866) 802-0510.

Igbo (Igbo): Ọ bụr ụ na ị nwere ajuju 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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510

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 (866) 802-0510 にお電話ください。

Servicios de acceso en otros idiomas:

Khmer (ខ្មែរ): បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ(866) 802-0510 ។

Kirundi (Kirundi): Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (866) 802-0510.

Korean (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(866) 802-0510 로 문의하십시오.

Lao (ພາສາລາວ): ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.
ເພື່ອໂອ້ນລັກກັບລ່າມແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (866) 802-0510.

Navajo (Diné): Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'ídiłkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjı́ bee nı́ł hodoonih t'áadoo báąh ilínígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'i' hadeesdzih nínízingo kojı́' hodiłnih (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510

Oromo (Oromifaa): Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyyu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (866) 802-0510 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 (866) 802-0510 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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Servicios de acceso en otros idiomas:

Romanian (Română): Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic (866) 802-0510.

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. (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

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 (866) 802-0510.

Thai (ไทย): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (866) 802-0510 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 (866) 802-0510.

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، (866) 802-0510 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 (866) 802-0510.

(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 (866) 802-0510.

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyí ibèrè nípa àkọsílẹ̀ yìí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọ́fẹ́fẹ́. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọ̀tọ̀, pe (866) 802-0510.

Servicios de acceso en otros idiomas:

Es importante que lo 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 de origen, 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 a Servicios para Miembros al número 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 de origen, 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 puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o acceder en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.