

 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.kp.org/plandocuments ó llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#) consulte el Glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-833-637-3519 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No se aplica.	Este plan no tiene un deducible .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Servicios médicos: \$1,500 por persona / \$3,000 por familia Servicios dentales para niños: \$350 por un niño/\$700 por varios niños	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas , cuidados de salud que este plan no cubre y el costo compartido para ciertos servicios indicados en los documentos del plan.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.kp.org ó llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí, pero usted puede auto referirse a ciertos especialistas .	Este plan pagará algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya cumplido el [deducible](#), si es que aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Visita al especialista	\$15 de copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos . Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.kp.org/formulary .	Medicamentos genéricos	\$10 de copago /por medicamento recetado	No tiene cobertura	Suministro de hasta 100 días en farmacia comercial y pedido por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos aprobados . Sin cargo por anticonceptivos.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$10 de copago /por medicamento recetado	No tiene cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$10 de copago /por medicamento recetado	No tiene cobertura	Cubierto cuando ha sido aprobado a través del proceso de excepción. Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos con una participación diferente de costos.
	Medicamentos biosimilares o de especialidad	\$10 de copago /por medicamento recetado	No tiene cobertura	Hasta un suministro de 30 días en farmacia comercial. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos aprobados .
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$15 de copago /procedimiento	No tiene cobertura	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en 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 emergencias	\$50 de copago /visita	\$50 de copago /visita	Copago exonerado si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	\$50 de copago /traslado	\$50 de copago /traslado	Ninguna.
	Cuidados Urgentes	\$15 de copago /visita	\$15 de copago /visita	Se cubren los servicios de proveedores que no pertenecen a la red únicamente cuando usted está fuera del área de servicios.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$100 de copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Salud Mental/Conductual: \$15 de copago /visita individual; \$7 de copago /visita grupal; sin cargo para otros servicios ambulatorios. Abuso de sustancias: \$15 de copago /visita individual; \$5 de copago /visita grupal; \$5 de copago /día para otros servicios ambulatorios	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios internos	\$100 de copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No tiene cobertura	Dependiendo en el tipo de servicios, puede aplicar un copago , coseguro o deducible . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$100 de copago /admisión	No tiene cobertura	Ninguna.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 2 horas/visita, 3 visitas/día, y 100 visitas/año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Internación: \$100 de copago /admisión; Pacientes ambulatorios: \$15 de copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Servicios de habilitación	\$15 de copago /visita	No tiene cobertura	Ninguna.
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	No tiene cobertura	Cobertura limitada a 100 días/periodo de beneficios.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro /artículo	No tiene cobertura	Requiere autorización previa .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No tiene cobertura	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No tiene cobertura	Limitado a un par de lentes/año de armazones y lentes seleccionados.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	No tiene cobertura	Límite de 2 chequeos por año.

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](#).)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados quiroprácticos • Cirugía cosmética • Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proveídos por separado) | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cuidados de salud por tiempo prolongado • Cuidados que no son de emergencia cuando sale de los E.U. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio privado de enfermería • Cuidados podiátricos de rutina • 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](#).)

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (proveedor del plan referido) • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de la visión de rutina (adultos) |
|--|--|---|

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) ó www.dol.gov/ebsa/healthreform y el Centro para la Información del Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 ó www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Kaiser Permanente al 1-800-278-3296 (TTY: 711) ó en línea en www.kp.org/memberservices, o la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-3272 ó www.dol.gov/ebsa/healthreform, ó el Centro de Ayuda del Departamento de Administración del Cuidado de la Salud, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, www.healthhelp.ca.gov. (Contacte a UNITE HERE HEALTH al 1-855-405-3863 si tiene preguntas sobre cualquier beneficio que no sea médico, medicamentos recetados o de pediatría dental y oftalmológica.) Además, un programa de asistencia al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Contacte al Centro de Ayuda del Departamento de Administración del Cuidado de la Salud, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, www.healthhelp.ca.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Estándares de Valor Mínimo](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-637-3519.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-637-3519.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-637-3519.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-637-3519.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima 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 atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los servicios excluidos del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (9 meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)	
■ El deducible general del plan	\$0	■ El deducible general del plan	\$0	■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$15	■ Copago del especialista	\$15	■ Copago del especialista	\$15
■ Copago del hospital (las instalaciones)	\$100	■ Copago del hospital (las instalaciones)	\$100	■ Copago del hospital (las instalaciones)	\$100
■ Otro coseguro	\$0	■ Otro coseguro	\$0	■ Otro coseguro	\$0
<p>Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al especialista (<i>atención prenatal</i>) Servicios de parto profesionales Servicios de instalaciones de partos profesionales Pruebas diagnósticas (<i>sonogramas y análisis de sangre</i>) Visita al especialista (<i>anestesia</i>)</p>		<p>Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico primario (<i>incluye sesiones informativas sobre la enfermedad</i>) Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos por recetas Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)</p>		<p>Este EJEMPLO incluye servicios como: Sala de emergencias (<i>incluye materiales médicos</i>) Prueba diagnóstica (<i>radiografía</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>)</p>	
Costo total hipotético	\$12,700	Costo total hipotético	\$5,600	Costo total hipotético	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0	Deducibles	\$0	Deducibles	\$0
Copagos	\$100	Copagos	\$400	Copagos	\$200
Coseguro	\$0	Coseguro	\$100	Coseguro	\$10
Qué no está cubierto		Qué no está cubierto		Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50	Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$150	El total que Joe pagaría es	\$500	El total que Mia pagaría es	\$210

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

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en Su Guía o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en Su Guía o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés).

Language Assistance Services

English: We provide interpreter services at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week, during all hours of operation. You can have an interpreter help answer your questions about our health care coverage. You can also request materials translated in your language at no cost to you. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: نؤمن خدمات الترجمة الفورية مجاناً لك على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع طوال ساعات العمل. بإمكانك طلب مساعدة المترجم الفوري للإجابة على كافة أسئلتك حول التغطية الصحية التي نقدمها. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك طلب ترجمة الوثائق الطبية اللغتك مجاناً. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم **(711)**.

Armenian: Մենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, մեր աշխատանքի բոլոր ժամերին Ձեզ համար անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ ենք տրամադրում: Թարգմանչի օգնությամբ Դուք կարող եք պատասխան ստանալ Ձեր հարցերին՝ մեր կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրության վերաբերյալ: Կարող եք նաև Ձեր լեզվով թարգմանված գրավոր նյութեր խնդրել, որոնք Ձեզ համար անվճար են: Պարզապես զանգահարեք մեզ՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ՝ շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** համարով:

Farsi: ما خدمات مترجم شفاهی را در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته در طول همه ساعات کاری بدون اخذ هزینه در اختیار شما قرار می دهیم. شما می توانید برای کمک در پاسخگویی به سوالات خود در مورد پوشش مراقبت درمانی ما از یک مترجم شفاهی بهره مند شوید. همچنین می توانید درخواست کنید که همه جزوات بدون اخذ هزینه به زبان شما ترجمه شوند. کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرند

Hindi: हम संचालन के सभी घंटों के दौरान आपको बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन प्रदान करते हैं। आप हमारी स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के बारे में आपके प्रश्नों के जवाब के लिए एक दुभाषिये की सहायता ले सकते हैं। आप बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए अनुरोध भी कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Peb muaj neeg txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg, thawm cov sij hawm qhib ua lag luam.Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus los pab teb koj cov lus nug txog peb cov kev pab them nqi kho mob.Koj thov tau kom muab cov ntaub ntawv txhais uas koj hom lus pub dawb rau koj.Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu 711.

Japanese: 当院では、全診療時間を通じて、通訳サービスを無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。当院の医療内容についてのご質問および回答には、通訳がお手伝いいたします。また、日本語に翻訳された資料を無料で請求できます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください(祭日を除き年中無休)。TTY ユーザーは 711 にお電話ください。

Khmer: យើងផ្តល់សេវានៃអ្នកបកប្រែ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ ក្នុងអំឡុងម៉ោងធ្វើការទាំងអស់។ អ្នកអាចមានអ្នកបកប្រែ ដើម្បីជួយ ឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក អំពីការវាស់វែងថែទាំសុខភាព រូបសម្បែង។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសៀវភៅ ដែលបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមល្លេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ (បំប្លែងថ្ងៃ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ **711** ។

Korean: 업무 시간 동안에는 요일 및 시간에 관계없이 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역의 도움을 받아 건강 보험 혜택에 관하여 질문 하고 답변을 들으실 수 있습니다. 또한, 귀하가 사용하는 언어로 번역된 자료를 요청해 무료로 제공받으실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000**번으로 전화해 문의하십시오(공휴일 휴무). TTY 사용자 번호 **711**.

Navajo: Nihí ata' halne'é áká'adoolwohígíí nihei hóló t'áá jíík'é, t'áá naadiin díí' ahéé'iilkeedgo, tsosts'id yiskáají, ndá'anishgo oolkił biyi' góné. Ata' halne'é nika'adoolwoł na'idikid nee hólóógo díí ats'íis baa áháyáa bik'estí'ígíí biná'ídiłkidgo. Áádóó áldó' naaltsoos lá t'áá ní nizaad k'ehji álnéehgo t'áá jíík'é ádoolníf. Nihích'i' hodíílnih koji' **1-800-464-4000** jíigo dóó t'ée' nidi, tsosts'id yiskáají' dimoo na'adleejji' (Holidaysgo éi da'deelkaal) doo da'diits'a'ígíí chodayool'ínígíí koji' hodíílnih **711**

Punjabi: ਅਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸਾਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਬਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTYਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы всегда в часы работы обеспечиваем Вас услугами устного переводчика, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Чтобы получить ответы на свои вопросы о нашем страховом покрытии услуг здравоохранения, Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика. Вы также можете запросить бесплатный перевод материалов на Ваш язык. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Ofrecemos servicios de traducción al español sin costo alguno para usted durante todo el horario de atención, 24 horas al día, siete días a la semana. Puede contar con la ayuda de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestra cobertura de atención médica. Además, puede solicitar que los materiales se traduzcan a su idioma sin costo alguno. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, siete días a la semana (cerrado los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na mga serbisyo ng tagasalin ng wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, sa lahat oras ng trabaho. Makakatulong ang tagasalin ng wika sa pagsagot sa mga tanong mo tungkol sa iyong coverage sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari kang humingi ng mga babasahin na isinalin sa iyong wika nang wala kang babayaran. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีสำหรับคุณตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันตลอดชั่วโมงทำการของเราคุณสามารถขอให้ล่ามช่วยตอบคำถามของคุณที่เกี่ยวกับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของเราและคุณยังสามารถขอให้มีการแปลเอกสารเป็นภาษาที่คุณใช้ได้ โดยไม่มีการคิดค่าบริการเพียงโทรหาเราที่หมายเลข **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดให้บริการในวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่ **711**

Chinese: 我們每週 7 天，每天 24 小時在所有營業時間內免費為您提供口譯服務。您可以請口譯員協助回答有關我們健康保險的問題。您也可以免費索取翻譯成您所用語言的資料。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日 休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, trong tất cả các giờ làm việc. Quý vị có thể được thông dịch viên giúp trả lời thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu được cấp miễn phí tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị. Chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.