Premera Blue Cross : PPO 80 % Plan 750

Cobertura para: Individuos o Familias | Tipo de **plan:** PPO

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. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-722-1471 (TTY: 1-800-842-5357) o visítenos en www.premera.com. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-722-1471 (TTY: 1-800-842-5357) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	$750 individual / $1,500 familiar.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar 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 la cantidad total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. No se aplica a la atención preventiva, los copagos, los medicamentos con receta médica ni a los servicios enumerados a continuación como “Sin cargo”.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro.Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el desembolso máximo para este plan?	$4,000 individual / $8,000 familiar	El desembolso máximo es el máximo que usted podría llegar a pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con sus propios desembolsos máximos hasta que se haya alcanzado el desembolso máximo familiar general.
¿Qué cosas no se incluyen en el desembolso máximo?	Las primas, los cargos de facturación de saldo, las penalizaciones en caso de no obtener una autorización previa para los servicios y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su desembolso máximo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor en la red?	Sí. Consulte www.premera.com o llame al 1-800-722-1471 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a 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 dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como un análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Se necesita una referencia para atenderse con un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una referencia.

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro solo se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una afección o lesión	$30 de copago por visita	50 % de coseguro	Ninguna
	Consulta con un especialista	$30 de copago por visita	50 % de coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/evaluación/ vacunas	Sin cargo	Cuidados preventivos: 50 % de coseguro Vacunas: sin cargo (menores de 18 años)	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	Los primeros $500 sin cargo (compartido con diagnóstico por imágenes), después 20 % de coseguro	Los primeros $500 sin cargo (compartido con diagnóstico por imágenes), después 50 % de coseguro	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Los primeros $500 sin cargo (compartido con laboratorio), después 20 % de coseguro	Los primeros $500 sin cargo (compartido con laboratorio), después 50 % de coseguro	Se requiere autorización previa para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por vez.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta** en https://www.premera.com/documents/055090_2022.pdf	Medicamentos genéricos	$10 de copago por receta médica (por venta minorista), $30 de copago por receta (por pedido por correo)	$10 de copago por receta médica + 0 % de coseguro (por venta minorista), no tiene cobertura (por pedido por correo)	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Se aplica un deducible.
	Medicamentos de marcas preferidas	$40 de copago por receta médica (por venta minorista), $120 de copago por receta (por pedido por correo)	$40 de copago por receta médica + 0 % de coseguro (por venta minorista), no tiene cobertura (por pedido por correo)	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Se aplica un deducible.
	Medicamentos de marcas no preferidas	$70 de copago por receta médica (por venta minorista), $210 de copago por receta (por pedido por correo)	$70 de copago por receta médica + 0 % de coseguro (por venta minorista), no tiene cobertura (por pedido por correo)	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Se aplica un deducible.
	Medicamentos especializados	Genéricos: $10 de copago por receta médica Marca preferida: $40 de copago por receta Marca no preferida: $70 de copago por receta médica	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en farmacias especializadas específicamente contratadas. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.
Si le hacen una operación ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa para algunos servicios. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por vez.
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$200 de copago por visita + 20 % de coseguro	$200 de copago por visita + 20 % de coseguro	No se cobra el copago de la sala de emergencias si es admitido al hospital.
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro	20 % de coseguro	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Atención de urgencia	En el hospital: $200 de copago por visita + 20 % de coseguro En un centro independiente: $30 de copago por visita	En el hospital: $200 de copago por visita + 20 % de coseguro En un centro independiente: 50 % de coseguro	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por estadía.
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: $30 de copago por visita Establecimiento: 20 % de coseguro	50 % de coseguro	Ninguna
	Servicios internos	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por estadía.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20 % de coseguro	50 % de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un coseguro. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).
	Servicios de parto profesionales	20 % de coseguro	50 % de coseguro	
	Servicios de parto prestados en un establecimiento	20 % de coseguro	50 % de coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud en el hogar	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se limita a 130 visitas por año calendario.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios de rehabilitación	Para pacientes ambulatorios: $30 de copago por visita Para pacientes hospitalizados: 20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por estadía.
	Servicios de habilitación	Para pacientes ambulatorios: $30 de copago por visita Para pacientes hospitalizados: 20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por estadía.
	Atención de enfermería especializada	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se limita a 90 días por año calendario. Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por estadía.
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa para la compra de algún equipo médico. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50 % del cargo permitido hasta $1,500 por vez.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20 % de coseguro	50 % de coseguro	Límite de 240 horas de apoyo familiar; límite de 30 días para pacientes hospitalizados; límite de beneficio general de por vida de 6 meses, excepto que se apruebe lo contrario.
Si su hijo necesita servicios odontológicos u	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
oftalmológicos	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Tratamientos para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura
- Atención quiropráctica u otras manipulaciones espinales
- Atención de los pies
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU.

Sus derechos para continuar 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: para los planes de la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Con respecto a los planes pertenecientes al gobierno, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Con respecto a los planes eclesiásticos y todos los otros planes, llame al 1-800-562-6900 para comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros o a la aseguradora al 1-800-722-1471 o TTY 1-800-842-5357. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal 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 los beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también brindan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con su plan al 1-800-722-1471 o TTY 1-800-842-5357, o con el Departamento Estatal de Seguros al 1-800-562-6900, o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles 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 las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? **Sí**.
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que usted sea elegible para recibir un crédito fiscal para las primas que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:
Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-800-722-1471.
Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-722-1471.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-722-1471.
Dine: Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-722-1471.

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:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$750**
- **Copago al especialista** **$30**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20 %**
- **Otro coseguro** **20 %**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de parto prestados en un establecimiento
Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$750
Copagos	$10
Coseguro	$2,100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Peg es	**$2,920**

Controlar la diabetes de tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$750**
- **Copago al especialista** **$30**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20 %**
- **Otro coseguro** **20 %**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$30
Copagos	$1,400
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,450**

Fractura simple de Mia
(visita a una sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$750**
- **Copago al especialista** **$30**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20 %**
- **Otro coseguro** **20 %**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$750
Copagos	$600
Coseguro	$200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,550**

PREMERA | BLUE CROSS

La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator ― Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx.

PREMERA | BLUE CROSS

Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471（TTY：711）。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 800-722-1471 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS : 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.