**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/ca/0HMNIND01012027. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.cuidadodesalud.gov/es/sbc-glossary/ o llamar al (855) 383-7247 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuánto es el deducible total?** | $12,000/persona o $24,000/familia para Proveedores dentro de la red. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| **¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?** | Sí. Atención preventiva. Lea más abajo para obtener más información. | Este plan cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| **¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?** | $12,000/persona o $24,000/familia para Proveedores dentro de la red. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?** | Primas, cargos de facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida), atención médica no cubierta por este plan. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo. |
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?** | Sí. Consulte www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=JBE o llame al | Este plan utiliza una red de Proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más 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 |

| | | |
|---|---|---|
| | (855) 383-7247 para obtener una lista de Proveedores de red. Los beneficios y costos pueden variar según el centro de servicios y cómo facture el proveedor. | que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su Proveedor dentro de la red puede usar un Proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?** | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación. |

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si acude al consultorio o clínica del proveedor** | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | $0/visita para las primeras 3 visitas; el deducible no se aplica, luego 0% de coseguro | Sin cobertura | Todos los copagos de visitas al consultorio se toman en cuenta para el mismo 3 visitas. Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. |
| | Consulta con un especialista | 0% de coseguro | Sin cobertura | Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo, el deducible no se aplica | Sin cobertura | 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. |
| **Si se realiza un examen** | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 0% de coseguro | Sin cobertura | --------ninguna-------- |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 0% de coseguro | 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/ca/0HMNIND01012027.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.** Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en https://www.anthem.com/es/ca/pharmacy-information/. | Medicamentos normalmente genéricos (Nivel 1) | 0% de coseguro (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | La mayoría de las entregas a domicilio son para suministro de 90 días. Para más información, consulte "Lista CA Select IND de Medicamentos" en https://www.anthem.com/es/ca/pharmacy-information/. *Consulte la sección de Medicamentos recetados del plan o el documento de políticas (por ejemplo, evidencia o certificado de cobertura). |
| | Medicamentos de marca normalmente preferidos y medicamentos genéricos normalmente no preferidos (Nivel 2) | 0% de coseguro (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | |
| | Medicamentos genéricos y de marca normalmente no preferidos (Nivel 3) | 0% de coseguro (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | |
| | Medicamentos especializados normalmente preferidos (de marca y genéricos) (Nivel 4) | 0% de coseguro (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | |
| **Si le hacen una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 0% de coseguro | Sin cobertura | --------ninguna-------- |
| | Tarifas del médico/cirujano | 0% de coseguro | Sin cobertura | --------ninguna-------- |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la Sala de Emergencias | 0% de coseguro | Cubierto dentro de la red | Sin cargo para los honorarios del médico de la sala de emergencias. |
| | Transporte médico de emergencia | 0% de coseguro | Cubierto dentro de la red | Los servicios de ambulancia acuática que no sean de emergencia fuera de la red tienen un límite de $50,000 por viaje, esto no se aplica a ambulancia terrestre o aérea. |
| | Atención de urgencia | $0/visita para las primeras 3 visitas; el deducible no se aplica, luego 0% de coseguro | Cubierto dentro de la red | --------ninguna-------- |
| **Si necesita hospitalización** | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 0% de coseguro | Sin cobertura | --------ninguna-------- |
| | Tarifas del médico/cirujano | 0% de coseguro | 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/ca/0HMNIND01012027.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias** | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio<br>$0/visita para las primeras 3 visitas; el deducible no se aplica, luego 0% de coseguro<br>Otro servicio ambulatorio<br>0% de coseguro | Visita al consultorio<br>Sin cobertura<br>Otro servicio ambulatorio<br>Sin cobertura | Visita al consultorio<br>Equipo de crisis móvil/línea de prevención 988 cubierto como dentro de la red. Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.<br>Otro servicio ambulatorio<br>--------ninguna-------- |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 0% de coseguro | Sin cobertura | 0% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores dentro de la red. Sin cobertura para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores fuera de la red. |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cobertura | Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. $0/visita para las primeras 3 visitas; el deducible no se aplica, luego 0% de coseguro por Proveedores de atención posparto dentro de la red. Los servicios preventivos de atención prenatal y posparto dentro de la red están cubiertos al 100%. La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej., ecografías). *La cobertura incluye servicios de conservación de la fertilidad, diríjase a la sección Conservación de la fertilidad. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 0% de coseguro | Sin cobertura | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 0% de coseguro | Sin cobertura | |
| **Si necesita servicios de** | Atención médica en el hogar | 0% de coseguro | Sin cobertura | 100 visitas/periodo de beneficio para Cuidado de la salud en el |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/0HMNIND01012027.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud** | | | | hogar y servicios de enfermería privada combinados para Proveedores dentro de la red. |
| | Servicios de rehabilitación | 0% de coseguro | Sin cobertura | *Consulte la sección Servicios terapéuticos. |
| | Servicios de habilitación | 0% de coseguro | Sin cobertura | |
| | Atención de enfermería especializada | 0% de coseguro | Sin cobertura | 100 días/periodo de beneficio para servicios de enfermería especializada para Proveedores dentro de la red. |
| | Equipo médico duradero | 0% de coseguro | Sin cobertura | *Consulte la sección Equipo médico duradero. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 0% de coseguro | Sin cobertura | --------ninguna-------- |
| **Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista** | Examen de la vista para niños | Sin cargo, el deducible no se aplica | Sin cobertura | *Consulte la sección Servicios de la visión. |
| | Anteojos para niños | $0/unidad | Sin cobertura | |
| | Control dental para niños | Sin cargo | Sin cobertura | *Consulte la sección Servicios dentales. |

## 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).**

- Atención a largo plazo
- Atención dental (adultos)
- Cirugía cosmética
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los EE. UU.
- Dispositivos para la audición
- Atención de rutina de los pies, a menos que sea médicamente necesaria
- Atención quiropráctica
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Aborto (incluidos los servicios de abortos no encuadrados bajo la Enmienda Hyde)
- Servicios de enfermería privada 100 visitas/periodo de beneficio combinados con atención médica domiciliaria
- Acupuntura
- Tratamiento para la infertilidad
- Cirugía bariátrica

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/0HMNIND01012027.

**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: Department of Managed Health Care, California Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219, https://www.dmhc.ca.gov/, 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 contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es/ 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. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

ATTN: Grievances and Appeals, P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

Department of Managed Health Care, California Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219, https://www.dmhc.ca.gov/

Asimismo, un programa de ayuda al consumidor puede ayudarlo en la presentación de su apelación. Comuníquese con California Consumer Assistance Program, Operated by the California Department of Managed Health Care, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, https://www.dmhc.ca.gov/

**¿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 primas del plan.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar?** **No Aplicable.**
Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

***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 puede este plan 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 costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en 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** | **$12,000** |
| **Coseguro para especialistas** | **0%** |
| **Coseguro del hospital (establecimiento)** | **0%** |
| **Otros coseguros** | **0%** |

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios 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* | |
| Deducibles | $12,000 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$12,060** |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$12,000** |
| **Coseguro para especialistas** | **0%** |
| **Coseguro del hospital (establecimiento)** | **0%** |
| **Otros coseguros** | **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 de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
| **En este ejemplo, Joe pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |
| Deducibles | $4,700 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$4,720** |

### Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$12,000** |
| **Coseguro para especialistas** | **0%** |
| **Coseguro del hospital (establecimiento)** | **0%** |
| **Otros coseguros** | **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* | |
| Deducibles | $2,400 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$2,400** |

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

# Get help in your language

## Language Assistance Services

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version: IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help with translations or interpreter services, in a timely manner, please call the telephone number on the back of your ID card. (TTY/TDD:711).

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternative formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

**Spanish**

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no es así, podemos pedirle a alguien que lo ayude a leerla. También puede recibir esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda oportuna y gratuita con traducciones o servicios de interpretación, llame al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. (TTY/TDD: 711).

**Arabic**

هام: هل يمكنك قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، فيمكننا أن نطلب من شخص ما مساعدتك في قراءتها. قد تتمكن أيضا من الحصول على هذه الرسالة مكتوبة بلغتك. للحصول على مساعدة مجانية في خدمات الترجمة أو الترجمة الفورية، في الوقت المناسب، يرجى الاتصال برقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة ID الهوية الخاصة بك. (TTY/TDD:711).

**Armenian**

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. կարողանո՞ւմ եք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, կարող ենք օգնել ձեզ կարդալ այն: Դուք կարող եք նաև ստանալ այս նամակը գրավոր՝ ձեր լեզվով: Թարգմանությունների կամ թարգմանչական ծառայությունների անվճար օգնության համար, ժամանակին, խնդրում ենք զանգահարել ձեր ID քարտի հակառակ կողմում նշված հեռախոսահամարով: (TTY/TDD՝ 711):

**Chinese**

重要提示：您能讀懂這封信嗎？如果不能，
我們可以請人幫您看。您還可以獲得以您的語言寫的此信件。如需及時獲得免費的翻譯或口譯服務協助，請撥打您 ID 卡背面的電話號碼。(TTY/TDD:711)。

**Farsi**

مهم: می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر نه، می‌توانیم از کسی بخواهیم که در خواندن آن به شما کمک کند. همچنین ممکن است بتوانید این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان و به‌موقع در زمینه خدمات ترجمه کتبی یا مترجم شفاهی، لطفاً با شماره تلفن مندرج در پشت کارت ID خود تماس بگیرید. (TTY/TDD:711).

**Hindi**

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम किसी को इसे पढ़ने में आपकी सहायता करने के लिए रख सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी लिखवा सकते हैं। अनुवाद या दुभाषिया सेवाओं के संबंध में समय पर निःशुल्क सहायता के लिए कृपया अपने पहचान पत्र के पीछे दिए गए टेलीफोन नंबर पर कॉल करें। (TTY/TDD:711)।

**Hmong**

TSEEM CEEB: Koj puas yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog tias nyeem tsis tau, peb mam kom lwm tus neeg los pab nyeem rau koj.
Koj hais tau kom muab tsab ntawv no sau ua koj yam lus. Rau kev pab txhais ntawv los sis txhais lus pab dawb, kom raws sij hawm, thov hu tus npawb xov tooj nyob sab nraum qab ntawm koj daim npav ID. (TTY/TDD: 711).

**Japanese**

重要：この手紙は読めますか？そうでない場合は、誰かに読んでもらうのを手伝ってもらうこともできます。このお知らせは、貴方の言語で受け取ることも可能です。翻訳や通訳サービスの無料サポートをご希望の場合は、ID カードの裏面に記載されている電話番号までお電話ください。(TTY/TDD:711)。

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association.
Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.

**Khmer**

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានសំបុត្រនេះបានទេ? បើអត់ទេ
យើងអាចមានអ្នកជួយអ្នកឱ្យអានវា
បាន។ អ្នកក៏ប្រហែលជាអាចឱ្យសំបុត្រនេះសរសេរ
ជាភាសារបស់អ្នកបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបាន
ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជាមួយនឹងការបកប្រែ
ឬសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ទាន់ពេលវេលា
សូមទូរសព្ទទៅលេខនៅខាងក្រោយកាត ID
របស់អ្នក។ (TTY/TDD:711)។

**Korean**

중요: 이 서신을 읽으실 수 있습니까? 그렇지 않다면 서신을 읽을 수 있게 도움을 드릴 수 있습니다. 원하시는 언어로 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 번역이나 통역 서비스를 무료로 이용하시려면 적시에 ID 카드 뒷면에 있는 전화 번호로 전화해 주십시오. (TTY/TDD: 711).

**Punjabi**

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਿਖਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁਫ਼ਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੇਂ ਸਿਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD:711).

**Russian**

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Можете ли вы прочитать данное письмо? Если нет, наш специалист поможет вам в этом. Вы также можете получить данное письмо на вашем языке. Чтобы своевременно получить бесплатные услуги письменного или устного перевода, позвоните по номеру телефона, указанному на оборотной стороне вашей идентификационной карты участника. (TTY/TDD: 711).

**Tagalog**

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maaari kaming kumuha ng taong tutulong sa iyo na basahin ito. Maaari mo ring ipasulat ang sulat na ito sa iyong wika. Para sa libreng tulong sa mga pagsasalin o serbisyo ng interpreter, sa isang napapanahong paraan, mangyaring tawagan ang numero ng telepono sa likod ng iyong ID card. (TTY/TDD:711).

**Thai**

ข้อสำคัญ: คุณสามารถอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ ถ้าไม่ เราสามารถหาคนช่วยอ่านให้กับคุณได้ นอกจากนี้คุณยังสามารถขอให้เขียนจดหมายให้ได้ ในภาษาของคุณเอง ขอรับบริการแปลหรือล่ามที่ รวดเร็วได้ฟรี กรุณาติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ ด้านหลังของบัตรประจำตัวของคุณ (TTY/TDD:711).

**Vietnamese**

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ ai đó giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể yêu cầu viết lá thư này bằng ngôn ngữ của mình. Để được trợ giúp miễn phí về dịch vụ biên dịch hoặc thông dịch một cách kịp thời, vui lòng gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ ID của quý vị. (TTY/TDD: 711).

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association.
Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.

**Es importante que lo tratemos de manera justa**

Respetamos las leyes federales y estatales de derechos civiles en nuestras actividades y programas de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Para quienes el inglés no es su idioma primario (o tienen un nivel de dominio del inglés limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas, de manera oportuna, a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si cree que fallamos en algún aspecto o para obtener más información sobre los procedimientos de reclamo, puede enviar una queja por correo a: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279, o si considera que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad, puede enviar una queja directamente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association.
Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.