



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 u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte

www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). 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 <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total? | \$3,300 por individuo/\$6,000 por familia | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. La atención <u>preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | \$5,950 por individuo/\$11,900 por familia | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> y los servicios de atención médica que no cubre este <u>plan</u> se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la 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 su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> . | Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> . |



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 Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$30 por visita | No está cubierto | Ninguna |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$30 por visita | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | \$10 por sesión | No está cubierto | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u> hasta \$50 por procedimiento | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.kp.org/formulary | Medicamentos genéricos (nivel 1) | \$10 por <u>receta médica</u> (al por menor) \$20 por <u>receta médica</u> (orden por correo) | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos de marca preferidos (nivel 2) | \$30 por <u>receta médica</u> (al por menor) \$60 por <u>receta médica</u> (orden por correo) | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos de marca no preferidos (nivel 2) | \$30 por <u>receta médica</u> (al por menor) \$60 por <u>receta médica</u> (orden por correo) | No está cubierto | El <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca no preferidos de este plan se alinea con el <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca preferidos (nivel 2) cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4) | \$30 por <u>receta médica</u> (al por menor) | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | No se aplica | No está cubierto | La tarifa del médico/cirujano está incluida en la tarifa del centro. |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | No se aplica el <u>coseguro</u> si ingresó al hospital como paciente hospitalizado. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | \$100 por viaje | \$100 por viaje | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$30 por visita | No está cubierto | Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$30 por visita. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | No se aplica | No está cubierto | La tarifa del médico/cirujano está incluida en la tarifa del centro. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Salud mental y conductual: \$30 por visita individual. 30% de <u>coseguro</u> para otros servicios para pacientes ambulatorios. Abuso de sustancias: \$30 por visita individual. 30% de <u>coseguro</u> hasta \$5 por día para otros servicios para pacientes ambulatorios. | No está cubierto | Salud mental y conductual: \$15 por visita grupal. Abuso de sustancias: \$5 por visita grupal. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. | No está cubierto | Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | No se aplica | No está cubierto | Los servicios profesionales están incluidos en la tarifa del centro. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|--|
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | Sin costo | No está cubierto | Hasta 2 horas por visita, hasta 3 visitas al día, hasta 100 visitas por año. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$30 por visita Paciente hospitalizado: 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$30 por visita Paciente hospitalizado: 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 100 días por periodo de beneficios. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 20% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Se requiere autorización previa. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo | No está cubierto | Ninguna |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | \$30 por consulta para un examen de refracción | No está cubierto | Ninguna |
| | Anteojos para niños | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | 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).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para niños • Atención quiropráctica • Cirugía estética • Atención dental (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Tratamiento para la infertilidad • Cuidados a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Cuidado de los pies de rutina • 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 del plan).

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (derivado por un proveedor del plan) | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los ojos de rutina (adultos) |
|---|--|---|

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 se muestra en la siguiente tabla. 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 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 los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

| | |
|--|--|
| Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente | 1-800-278-3296 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros | 1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov |
| Departamento de Seguros de California | 1-800-927-4357 o www.insurance.ca.gov |
| Departamento de Atención Médica Administrada de California | 1-888-466-2219 o 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? Sí

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.

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

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 \$3300
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (análisis de sangre) \$10

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 | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$3,300 |
| <u>Copagos</u> | \$10 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,900 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$50 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,260 |

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 \$3300
- Coseguro para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (análisis de sangre) \$10

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 | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$3,300 |
| <u>Copagos</u> | \$300 |
| <u>Coseguro</u> | \$100 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$3,700 |

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$3300
- Copago para el especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30%
- Otro copago (radiografía) \$10

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 | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$2,800 |
| <u>Copagos</u> | \$0 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,800 |

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

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente¹ follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
 - ◆ Qualified sign language interpreters
 - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ◆ Qualified interpreters
 - ◆ Information written in other languages

If you need these services, call our Member Service Contact Center, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). The call is free:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- All others: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of*

¹ Kaiser Permanente is inclusive of Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, and the Southern California Medical Group

Insurance for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Medi-Cal members may call **1-855-839-7613** (TTY **711**). All other members may call **1-800-464-4000** (TTY **711**). Help is available 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays)
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at **kp.org/facilities** for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at **kp.org**

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370** (TTY **711**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019** (TTY 711 or **1-800-537-7697**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at: **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقتنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلقة).

• Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**

• جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**

- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Chinese: 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- 所有会员: **1-800-757-7585 (TTY 711)**

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بهصورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (بهجز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

• Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**

• سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hindi: बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- बाकी दूसरे: 1-800-464-4000 (TTY 711)

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw).

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- Dua lwm cov: 1-800-464-4000 (TTY 711)

Japanese: 多言語による情報支援を無料で 24 時間年中無休でご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き 24 時間週 7 日）。

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- その他のご連絡先: 1-800-464-4000 (TTY 711)

Khmer (Cambodian): ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍ និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់ អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាអ្នកបកប្រែសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: 1-800-464-4000 (TTY 711)

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7 일, 하루 24 시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- 기타 모든 경우: 1-800-464-4000 (TTY 711)

Laotian: ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ສອຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປ ແບັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິ ການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: 1-800-464-4000 (TTY 711)

Mien: Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaiah 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnangv qiexx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Navajo: Díí hózhó nízhoóní bee hane' dóó jík'ah jóóní doonílwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidíníí bibee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bízikíníí wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áadawokíí, 7 t'áadawokíígo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bik'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Russian: Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия TTY 711)

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616** (TTY 711)

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการสาม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- Усі інші: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Vietnamese: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)

- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY 711)

This page is intentionally left blank.