



Blue Shield of California Life & Health Insurance Company
Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan PPO

Active Choice® 750 80/60

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Es solo un resumen y forma parte del Certificado de Seguro (COL, por sus siglas en inglés).¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Red de PPO de Blue Shield Life

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de PPO de Blue Shield Life. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor Participante que cuando se atiende con un Proveedor No Participante. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Cómo funciona su Plan Active Choice

El Plan Active Choice es un plan PPO que tiene tres categorías de Beneficios que afectan el Deducible:

- Categoría de atención preventiva: es gratis para usted. Estos servicios no están sujetos a ningún Deducible.
- Categoría 1: ciertos servicios de atención de rutina. Puede usar el crédito de first dollar 100% services (FDS, servicios 100% de primeros dólares) para estos servicios antes de que se aplique cualquier Deducible.
- Categoría 2: todos los demás Servicios Cubiertos. Estos servicios están sujetos a cualquier Deducible.

Deducibles por Año Calendario (CYD)²

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos del Plan. El Deducible por Año Calendario se aplica solamente a los Beneficios de la Categoría 2. Blue Shield Life paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en los cuadros de Beneficios que están abajo.

Cuando se usan Proveedores Participantes³ o No Participantes⁴

Deducible médico por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$0
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona
		\$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁵

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará usted cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero anual ni durante la membresía en la cantidad que pagará Blue Shield Life por los Servicios Cubiertos.

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes³ o No Participantes⁴
<i>Cobertura individual</i>	\$3,000	\$10,000

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company is an independent licensee of the Blue Shield Association

Cobertura familiar	\$3,000: por persona	\$10,000: por persona
	\$6,000: por Familia	\$20,000: por Familia

Categoría de atención preventiva

Su pago

	Quando se usan Proveedores Participantes ³	Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴
Servicios de Salud Preventivos⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	Sin cobertura
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	\$0
Planificación familiar		
Asesoramiento, consultas y educación	\$0	Sin cobertura
Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	\$0	Sin cobertura
Ligadura de trompas	\$0	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
Sacaleches	\$0	Sin cobertura

Categoría 1: First Dollar 100% Services (FDS): Servicios Profesionales y de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios⁷

	Quando se usan Proveedores Participantes ³ o No Participantes ⁴	
Crédito de first dollar 100% services	<i>Cobertura individual</i>	\$750
	<i>Cobertura familiar</i>	\$1,500

Blue Shield Life le da una cantidad de dinero cada año para que la use para ciertos servicios de atención de rutina. Estos servicios de atención de rutina se llaman "first dollar 100% services (FDS)". No tiene que llegar a ningún Deducible por Año Calendario antes de que Blue Shield Life brinde Beneficios para los FDS. Cuando gasta su crédito de FDS, usted paga el 100% de la Cantidad Permitida por cualquier FDS adicional hasta que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario. En ese momento, Blue Shield Life pagará el 100% de la Cantidad Permitida por cualquier FDS adicional.

El crédito de FDS está disponible para los siguientes servicios:

- Servicios de acupuntura, hasta 20 visitas por persona, por Año Calendario
- Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio
- Servicios de quiropráctica, hasta 12 visitas por persona, por Año Calendario
- Servicios de atención de la diabetes
- Equipo médico duradero (DME) que no esté incluido en atención preventiva
- Servicios de rehabilitación y habilitación para pacientes ambulatorios
- Terapia del Habla para Pacientes Ambulatorios
- Visita del médico en el hogar
- Visita al consultorio del médico, de especialistas o de otros profesionales
- Servicios del médico para interrumpir el embarazo

Categoría 1: First Dollar 100% Services (FDS): Servicios Profesionales y de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios⁷

- Dispositivos y equipos ortóticos
- Servicios de podología
- Visita al consultorio para pacientes ambulatorios para el tratamiento médico de dientes, encías, articulaciones temporomandibulares o huesos de la mandíbula, excepto cirugía
- Dispositivos y equipos protésicos
- Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios mediante radiografías, patología y laboratorio, excepto situaciones de emergencia y cirugía
- Servicios de un centro de atención urgente
- Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear para pacientes ambulatorios, excepto situaciones de emergencia
- Vasectomía

Nota: Solo los servicios incluidos como FDS se reembolsan como se describe más arriba. La atención preventiva está cubierta sin cargo y no se aplica a su crédito de FDS. Para conocer más sobre los FDS, lea la sección del COI llamada "Cómo funciona el Plan Active Choice".

Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios⁸

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios del médico				
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios, con excepción de los servicios de la Categoría 1	20%		40%	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	20%		40%	
Servicios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas para pacientes internados brindados por un Médico	\$0		40%	
Otros servicios profesionales				
Consulta mediante Teladoc	\$0		Sin cobertura	
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	20%		40%	

Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios⁸

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de emergencia				
Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita más 20%		\$100/visita más 20%	
<i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>				
Servicios del Médico en la sala de emergencias	20%		20%	
Servicios de ambulancia				
	20%		20%	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>				
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$250/cirugía más 20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$400/cirugía más 20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	

Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios⁸

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	\$500/admisión más 20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	
<i>Este pago es para todos los Servicios hospitalarios y estadía en un hospital cubiertos, incluso los cargos de un centro de atención médica para pacientes internados, un centro de servicios de salud mental o por trastornos por el uso de sustancias adictivas para pacientes internados y una residencia.</i>				
Servicios de trasplante				
<i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>				
• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales	\$500/admisión más 20%		Sin cobertura	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	20%		Sin cobertura	

Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios⁸

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
<p>Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados</p> <p><i>Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los Servicios para Pacientes Ambulatorios por parte de un Médico.</i></p>				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	\$500/admisión más 20%		Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$400/cirugía más 20%		Sin cobertura	
Servicios del médico	20%		Sin cobertura	
<p>Servicios de atención de la salud en el hogar</p> <p><i>Hasta 100 visitas por persona, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.</i></p>				
	20%		Sin cobertura	
<p>Servicios de infusión y de inyección en el hogar</p>				
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	20%		Sin cobertura	
<p><i>Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.</i></p>				
Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión	20%		Sin cobertura	

Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios⁸

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	20%		Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <i>Hasta 100 días por persona, por período de Beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.</i>				
SNF independiente	20%		20% 40%	
SNF en un hospital	20%		Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales <i>Se incluye consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales, atención de rutina en el hogar, atención continua las 24 horas en el hogar, atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas, y atención de relevo para pacientes internados.</i>	\$0		Sin cobertura	
Otros servicios y suministros				
Servicios de diálisis	20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	20%		20%	

Categoría 2: Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield Life.	Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios para pacientes ambulatorios				
Salud conductual mediante Teladoc	\$0		Sin cobertura	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, Programa de Hospitalización Parcial, Pruebas Psicológicas, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, Tratamiento de Salud Conductual por trastorno generalizado del desarrollo o autismo en el consultorio, en el hogar o en otro centro de atención no institucional, y tratamiento con opioides en el consultorio	\$0		40%	

Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear
- Otros servicios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales

Lea el Certificado de Seguro para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

Notas

1 Certificado de Seguro (COI):

El Certificado de Seguro (COI) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el COI para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del COI en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en el COI. Consulte el COI para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan Active Choice tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios de la Categoría 2 que está más arriba. En este Plan Active Choice, el Deducible por Año Calendario se aplica solamente a los Beneficios de la Categoría 2.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a las Personas Aseguradas servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro que corresponda, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) se brindan por medio de Teladoc. El Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA) de Blue Shield Life no administra estos servicios.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el COI. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.
-

4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a las Personas Aseguradas servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- cualquier Copago o Coseguro que corresponda (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario que corresponda), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el COI. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
 - Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.
-

5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, Blue Shield Life pagará el 100% de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos por los servicios que no están cubiertos y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Este Plan tiene OOPM para Proveedores Participantes y OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes. Esto significa que cualquier cantidad que pague para sus OOPM para Proveedores Participantes también cuenta para sus OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario.

6 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

7 First Dollar 100% Services (FDS):

La cobertura familiar tiene un crédito máximo de FDS combinado. Cada Año Calendario, cuando usted o uno de sus Dependientes tiene cargos permitidos para FDS, la cantidad que paga Blue Shield Life por esos servicios se descuenta de la cantidad de crédito de FDS Familiar.

Crédito sobrante. Es posible transferir toda porción sin usar del crédito de FDS y usarlo en el próximo Año Calendario. Para conocer más sobre el crédito sobrante, lea la sección *Cómo funciona el Plan Active Choice* del COI.

8 Pagos por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, si tiene una cirugía para pacientes ambulatorios, es posible que tenga que hacer pagos por separado para el centro y por los servicios profesionales del cirujano.

Los Planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield Life:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield Life.

Si cree que Blue Shield Life no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede comunicarse con el California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California) si cree que Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Además, puede hacer un reclamo en:

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013

Teléfono: 1-800-927-HELP (4357) or TDD 1-800-482-4833

Los formularios de quejas están disponibles en **www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help**

Si cree que no le han dado estos servicios o que lo han discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono:

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

(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភាគតិចថ្លៃ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólóq̄doo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolnííł nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodiílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodiílnih. Hózhó shíká aná'a'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodiílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian