

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company  
Plan dental individual y familiar

## Plan dental Specialty Duo<sup>SM</sup>

(Plan dental incluido en el paquete del plan Specialty Duo)

Resumen de beneficios

**ESTA MATRIZ ES SOLO UN RESUMEN PARA AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA. PARA VER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS LIMITACIONES Y LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA, LEA EL CONTRATO DE LA PÓLIZA.**

### Encuentre un dentista de la red

Es fácil elegir un dentista. Gracias a nuestra gran red de dentistas PPO, podrá encontrar uno que le quede cerca. El directorio dental PPO está disponible en línea en la sección *Find a Provider* (Buscar un proveedor) del sitio web [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com), o llamando a Servicio al Cliente al **(888) 702-4171**. Cuando recibe atención de un dentista de la red, paga solamente los deducibles y los copagos que corresponden, sin tener que presentar ningún formulario de reclamación.

### Si se atiende con un dentista que no es de la red

Elija a cualquier dentista autorizado. Si se atiende con un dentista que no es de la red, es posible que el total de sus gastos de bolsillo sea más alto. Usted paga cuando recibe el servicio y después puede presentar una reclamación ante Blue Shield Life para recibir el reembolso por el servicio cubierto, o puede elegir que se le envíe el reembolso a su dentista que no es de la red.

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Deducible por Año Calendario</b> (por año calendario para los servicios que no sean servicios preventivos y de diagnóstico, beneficios dentales ampliados para embarazadas y servicios de ortodoncia)		\$50
<b>Beneficio Máximo Anual</b> (usted es responsable de los cargos por los servicios que superen la cantidad máxima)	\$1,000 (dentro de la red); \$500 (fuera de la red); no más de \$1,000 para la combinación de proveedores dentro y fuera de la red	

Servicios Cubiertos	Dentro de la Red El Miembro Paga	Fuera de la Red Pago Máximo del Plan
<b>Servicios Preventivos y de Diagnóstico<sup>1</sup></b>		
Examen bucodental completo	\$0	\$40
Examen bucodental periódico	\$0	\$16
Radiografías intrabucales: serie completa (incluso las radiografías de aleta de mordida) (rayos X)	\$0	\$56
Profilaxis (adultos) cada 6 meses	\$0	\$48
Control del riesgo de caries <sup>2</sup>	\$0	\$16
Sellador: por diente (cobertura hasta los 15 años de edad)	\$0	\$22
<b>Servicios Básicos<sup>†</sup></b>		
Empastes (resina compuesta de una superficie)	\$37 por diente	\$30 por diente
Conducto radicular anterior	\$156 por diente	\$125 por diente
Conducto radicular molar	\$234 por diente	\$187 por diente
Raspado y alisado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	\$65 por cuadrante	\$52 por cuadrante
Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta	\$40 por diente	\$32 por diente
<b>Servicios Mayores<sup>†</sup></b>		
Corona: sustrato de porcelana/cerámica	\$265 cada corona <sup>3</sup>	\$212 cada corona <sup>3</sup>
Corona: molde completo de metal muy noble	\$320 cada corona <sup>3</sup>	\$256 cada corona <sup>3</sup>
Cirugía ósea (cuatro dientes o más)	\$263 por cuadrante	\$210 por cuadrante
Tramo de puente: porcelana fundida con metal muy noble	\$293 cada diente reemplazado <sup>3</sup>	\$234 cada diente reemplazado <sup>3</sup>
Colocación de implante quirúrgico: implante endoóseo	\$612	Sin cobertura
Dentadura postiza completa (superior o inferior)	\$388 por dentadura postiza	\$310 por dentadura postiza
Extracción de diente impactado: óseo completo	\$113 por diente	\$90 por diente
<b>Servicios de Ortodoncia<sup>†</sup></b>		
Banda de ortodoncia completa (dos años): para niños <sup>4</sup>	\$2,350	Sin cobertura
Banda de ortodoncia completa (dos años): para adultos <sup>4</sup>	\$2,650	Sin cobertura

- † Sujetos a un período de espera.
- 1 Los Servicios Preventivos y de Diagnóstico no se aplican al Pago Máximo por Año Calendario. Los Beneficios Dentales Ampliados para Embarazadas no se aplican al Pago Máximo por Año Calendario.
  - 2 El Control del Riesgo de Caries (Control de Caries mediante Evaluación de Riesgos, CAMBRA, por sus siglas en inglés) es para evaluar el grado de riesgo que tiene un niño de tener caries (desgaste). Los niños cuya evaluación determina que tienen un "riesgo alto" de tener caries (desgaste) podrán hacerse hasta 4 tratamientos con barniz de flúor por año calendario junto con las limpiezas bianuales; los niños con "riesgo medio" podrán hacerse hasta 3 tratamientos con barniz de flúor además de las limpiezas bianuales; los niños con "riesgo bajo" podrán hacerse hasta 2 tratamientos con barniz de flúor además de las limpiezas bianuales. Cuando se pidan tratamientos con barniz de flúor adicionales, el proveedor debe completar y entregar una copia del formulario de CAMBRA brindado por la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA). El formulario está disponible en el sitio web de la ADA.
  - 3 Si se usan metales preciosos, estos se le cobrarán al miembro según el costo del dentista.
  - 4 Hay un período de espera de 12 meses para los servicios de ortodoncia. Para que el tratamiento de ortodoncia esté cubierto, debe recibirse en un único ciclo continuo de tratamiento y en meses consecutivos. El tratamiento de ortodoncia no debe durar más de 24 meses consecutivos.

Para muchos beneficios, hay programas anuales predeterminados y limitaciones de frecuencia según la última fecha en que se brindaron y la necesidad médica. Si no está seguro de la frecuencia con la que puede obtener acceso a un beneficio, puede llamar al **(888) 702-4171**.

Este documento es solo un resumen del plan dental PPO Specialty Duo<sup>SM</sup>. Lea la *Póliza* para conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura, incluidas las exclusiones y las limitaciones.

## Plan de la vista Specialty Duo<sup>SM</sup>

(Plan de la vista incluido en el paquete del plan Specialty Duo)

Resumen de Beneficios

**Copago de \$0 para exámenes; copago de \$25 para materiales; asignación de \$100 para armazones**

**ESTA MATRIZ ES SOLO UN RESUMEN PARA AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA. PARA VER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS LIMITACIONES Y LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA, LEA LA PÓLIZA.**

### Cómo usar su plan de la vista

Con este plan de la vista, tiene acceso a una gran red de proveedores de la vista en California y en todo el país<sup>1</sup>. Muchos de los proveedores están ubicados convenientemente en los centros ópticos de comercios minoristas<sup>2</sup>, tales como Costco Optical (mayorista<sup>3</sup>; es necesario ser miembro), LensCrafters, Wal-Mart Optical (por mayor<sup>3</sup>) y Target Optical. Cuando se atiende con un proveedor de la red, no se aplica ningún cargo adicional para la mayoría de sus servicios de atención de la vista.

### Lo que cubre su plan de la vista

Servicios y productos para la vista (el período de espera de 90 días se aplica a todos los servicios)	Cobertura cuando son brindados por proveedores de la red (después del copago que corresponde)	Pago máximo cuando son brindados por proveedores que no son de la red
<b>Examen completo: cada 12 meses</b>		
Examen oftalmológico	100%	hasta un máximo de \$60
Examen optométrico	100%	hasta un máximo de \$50
Diagnóstico por imágenes de la retina	100% después de un copago de \$39 por examen	Sin cobertura
<b>Lentes<sup>4</sup>: cada 24 meses<sup>5</sup></b>		
Visión simple	100%	hasta un máximo de \$43
Bifocales	100%	hasta un máximo de \$60
Trifocales	100%	hasta un máximo de \$75
Monofocales lenticulares o para la afaquia	100%	hasta un máximo de \$120
Multifocales lenticulares o para la afaquia	100%	hasta un máximo de \$200
Lentes de policarbonato para hijos dependientes	hasta un máximo de \$100	hasta un máximo de \$75
Lentes progresivos (bifocales sin línea divisoria)	hasta un máximo de \$140	hasta un máximo de \$100
Revestimiento antirreflectante	hasta un máximo de \$50	hasta un máximo de \$35
Lentes fotocromáticos		
Visión simple	hasta un máximo de \$115	hasta un máximo de \$85
Bifocales	hasta un máximo de \$130	hasta un máximo de \$95
Trifocales	hasta un máximo de \$150	hasta un máximo de \$110
Progresivos	hasta un máximo de \$200	hasta un máximo de \$150
Lentes de visión simple fotocromáticos de policarbonato para hijos dependientes	hasta un máximo de \$160	hasta un máximo de \$115
<b>Asignación para armazones: cada 24 meses</b>	hasta un máximo de \$100 <sup>4</sup>	hasta un máximo de \$40
<b>Lentes de contacto<sup>6</sup>: cada 24 meses<sup>5</sup></b>		
No optativos (médicamente necesarios): rígidos <sup>7</sup>		
Lentes de contacto rígidos médicamente necesarios	hasta un máximo de \$250	hasta un máximo de \$200
Afaquia	hasta un máximo de \$250	
Anisometropía	hasta un máximo de \$300	
Astigmatismo	hasta un máximo de \$300	
Hipermetropía	hasta un máximo de \$250	
Queratocono	hasta un máximo de \$350	
Miopía	hasta un máximo de \$250	
No optativos (médicamente necesarios): flexibles <sup>7</sup>		

Lentes de contacto flexibles médicamente necesarios	hasta un máximo de \$250	hasta un máximo de \$250
Afaquia	hasta un máximo de \$250	
Anisometropía	hasta un máximo de \$300	
Astigmatismo	hasta un máximo de \$300	
Hipermetropía	hasta un máximo de \$250	
Queratocono	hasta un máximo de \$350	
Miopía	hasta un máximo de \$250	
Optativos (fines estéticos o comodidad): rígidos/flexibles	hasta un máximo de \$120	hasta un máximo de \$120
<b>Anteojos de sol Plano (no recetados)<sup>6, 8</sup></b>	hasta un máximo de \$100 <sup>4</sup>	Sin cobertura
<b>Referencia para el control de la diabetes<sup>9</sup></b>	100%	Sin cobertura

## Es fácil tener acceso a sus beneficios de la vista; simplemente siga estos pasos:

1. Antes de recibir un servicio, revise la información de sus beneficios descrita en el cuadro de la página anterior.
2. Llame para hacer una cita con un proveedor de la red.  
O bien:
3. Ingrese en [MESVisionOptics.com](http://MESVisionOptics.com) para tener acceso al proveedor de la red en Internet y comprar lentes de contacto en Internet mediante sus beneficios. Tenga en cuenta que puede llevar los materiales que compró en Internet a su proveedor de atención de la vista preferido para hacer ajustes; pero puede incurrir en una tarifa de ajuste o adaptación que no está cubierta por su plan de seguro de la vista.

### O bien:

Si usa un proveedor que no es de la red, deberá pagar la factura del proveedor al momento de recibir el servicio. Para conseguir un reembolso, obtenga un formulario de reclamación o ingrese en [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com). Seleccione *Members* (Miembros), después elija *Forms* (Formularios) y, por último, seleccione el enlace *Vision Benefit Claim Form* (C-4669-61) (Formulario de reclamación de beneficios de la vista).

Complete el formulario de reclamación y envíelo junto con el recibo detallado y una copia de su receta a la siguiente dirección:

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company  
P.O. Box 25208  
Santa Ana, CA 92799-5208

Se le reembolsarán los gastos hasta el pago máximo permitido (vea el cuadro de la página anterior). Tenga en cuenta que, cuando sus dependientes presentan un formulario de reclamación para un reembolso, será usted quien recibirá el pago. Asegúrese de usar su número de identificación de miembro de Blue Shield Life cuando complete el formulario.

Su cobertura de la vista está asegurada por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) y administrada por un administrador del plan de la vista contratado.

Este documento es solo un resumen del plan de la vista Specialty Duo<sup>SM</sup> de Blue Shield Life. Para ver una descripción detallada de las limitaciones y los beneficios de la cobertura, lea la *Póliza*.

Para encontrar un proveedor de la red cerca de su hogar, vaya a la sección *Find a Provider* (Buscar un proveedor) de [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) o llame a Servicio para Miembros al **(877) 601-9083**. Allí encontrará una lista completa de oftalmólogos, optometristas y ópticos.

- 1 Proveedores de la vista disponibles en California y en todo el país mediante un acuerdo con un administrador del plan de la vista contratado.
- 2 La disponibilidad de comercios minoristas varía según el estado. Ingrese en [blueshieldcavision.com](http://blueshieldcavision.com) para localizar comercios minoristas.
- 3 Cuando el proveedor de la red usa precios al por mayor o mayoristas, la cantidad máxima permitida para la asignación para armazones será la siguiente: asignación por precio al por mayor: \$66.04, asignación por precio mayorista: \$69.09. En el directorio de proveedores de la vista de la red, se indican los proveedores de la red que usan precios al por mayor o mayoristas. Usted paga cualquier costo que sea mayor que la cantidad permitida.
- 4 Se adaptan a cualquier armazón con un tamaño ocular menor de 61 mm.
- 5 Está permitido hacer un cambio de lentes estándar (excluye lentes especiales, tales como lentes de gran tamaño, bifocales sin línea divisoria o un material que no sea plástico común) o lentes de contacto durante un período de 12 meses si lo requiere un cambio autorizado en la receta. Esto puede incluir un cambio en la receta de 0.50 dioptrías o más, en uno o en ambos ojos; una variación de 15 grados en el eje de astigmatismo; una diferencia en el prisma vertical superior a una dioptría prismática; o un cambio de tipo de lentes.
- 6 En lugar de lentes y armazón.
- 7 Es necesario presentar un informe del proveedor y una autorización previa de un administrador del plan de la vista contratado.
- 8 Solo para las personas aseguradas que se han hecho una cirugía PRK, una LASIK o una LASIK personalizada para corregir la vista, este beneficio de asignación para anteojos de sol Plano es equivalente a la asignación para armazones del plan. Para comprobar la cirugía con láser, se necesita un examen ocular hecho por un proveedor de la red o una nota del cirujano que hizo la cirugía con láser.
- 9 El programa de referencia para el control de la diabetes está disponible para asegurados que están inscritos en la cobertura de la vista y en la cobertura médica de Blue Shield.

# 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](http://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](http://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 ਦੁਆਰੀਏ 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' ádoolnít nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodiílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'díłzinígí bine'dée' 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