

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

**Plan de la vista grupal  
Plan PPO**

## Vision Deluxe 15/25/130

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).<sup>1</sup> Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

### Red de proveedores:

Este Plan usa una red contratada de proveedores de atención de la vista. 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](http://blueshieldca.com).

### Límites de frecuencia de Beneficios

Este Plan paga hasta la Asignación y según los límites de frecuencia, como se indica para los Servicios Cubiertos.

|                                                  |                                    |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Examen completo</b>                           | Uno cada 12 meses consecutivos     |
| <b>Anteojos o lentes de contacto</b>             | Una vez cada 12 meses consecutivos |
| <b>Armazón para anteojos</b>                     | Uno cada 12 meses consecutivos     |
| <b>Examen de baja visión</b>                     | Uno cada 12 meses consecutivos     |
| <b>Referencia para el control de la diabetes</b> | Una por Año Calendario             |

### Período de espera

Un período de espera es la cantidad de tiempo que usted debe estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield Life pague por los Servicios Cubiertos.

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <b>Período de espera</b> | Sin período de espera |
|--------------------------|-----------------------|

### Sin Deducible

En este Plan, no hay una cantidad de dinero que deba pagar el Asegurado antes de que Blue Shield Life pague por los Servicios Cubiertos.

### Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

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

|                                                                                                                                                                                                                                | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores<br>No Participantes <sup>4</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Exámenes oculares</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                             |                                                                |
| Examen completo<br><i>Uno por Asegurado cada 12 meses.</i>                                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                |
| • Visita oftalmológica                                                                                                                                                                                                         | \$15                                                        | Todos los cargos mayores de \$60                               |
| • Visita optométrica                                                                                                                                                                                                           | \$15                                                        | Todos los cargos mayores de \$50                               |
| Diagnóstico por imágenes de retina<br><i>Uno por Asegurado cada 12 meses, brindado por un Proveedor Participante, en lugar de un examen completo estándar con dilatación.</i>                                                  | \$39                                                        | Sin cobertura                                                  |
| Colocación y evaluación de lentes de contacto estándar<br><i>Una por Asegurado cada 12 meses, brindada por un Proveedor Participante, si se administra al mismo tiempo que el examen completo.</i>                             | Sin cobertura                                               | Sin cobertura                                                  |
| <b>Productos para la vista/materiales</b>                                                                                                                                                                                      |                                                             |                                                                |
| Armazón para anteojos<br><i>Uno por Asegurado cada 12 meses.</i>                                                                                                                                                               | \$25 más todos los cargos mayores de \$130                  | Todos los cargos mayores de \$40                               |
| Anteojos de sol Plano (no recetados)<br><i>Uno por Asegurado cada 12 meses en lugar de un armazón para anteojos cuando lo receta un Proveedor Participante o un cirujano después de una cirugía de corrección de la vista.</i> | \$25 más todos los cargos mayores de \$130                  | Sin cobertura                                                  |
| Anteojos y tratamientos de lentes<br><i>Un par de lentes por Asegurado cada 12 meses. En la Asignación, cada par de anteojos incluye tinte rosa n.º 1 o 2 y un tamaño de hasta 61 mm.</i>                                      |                                                             |                                                                |
| • Visión simple                                                                                                                                                                                                                | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$43                               |
| • Bifocales con línea divisoria                                                                                                                                                                                                | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$60                               |
| • Trifocales con línea divisoria                                                                                                                                                                                               | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$75                               |
| • 7.25 dioptrías o más                                                                                                                                                                                                         | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$12                               |
| • Monofocales para la afaquia                                                                                                                                                                                                  | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$120                              |

|                                                                                                | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores<br>No Participantes <sup>4</sup> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| • Multifocales para la afaquia                                                                 | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$200                              |
| • Monofocales lenticulares                                                                     | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$120                              |
| • Multifocales lenticulares                                                                    | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$200                              |
| • De 1 1/2 a 4 dioptrías prismáticas                                                           | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$10                               |
| • De 4 1/2 a 10 dioptrías prismáticas                                                          | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$16                               |
| • Compensación prismática (por lente)                                                          | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$35                               |
| • Lentes de policarbonato<br>(para hijos dependientes únicamente)                              | \$25 más todos los cargos mayores de \$100                  | Todos los cargos mayores de \$75                               |
| • Lentes de visión simple fotocromáticos de policarbonato (para hijos dependientes únicamente) | \$25 más todos los cargos mayores de \$160                  | Todos los cargos mayores de \$115                              |
| • Lentes progresivos estándar (bifocales sin línea divisoria)                                  | Sin cobertura                                               | Sin cobertura                                                  |
| • Lentes progresivos de calidad superior (bifocales sin línea divisoria)                       | \$25 más todos los cargos mayores de \$140                  | Todos los cargos mayores de \$100                              |
| • Revestimiento antirreflectante                                                               | \$25 más todos los cargos mayores de \$50                   | Todos los cargos mayores de \$35                               |
| • Lentes fotocromáticos                                                                        |                                                             |                                                                |
| Visión simple                                                                                  | \$25 más todos los cargos mayores de \$115                  | Todos los cargos mayores de \$85                               |
| Bifocales con línea divisoria                                                                  | \$25 más todos los cargos mayores de \$130                  | Todos los cargos mayores de \$95                               |
| Trifocales con línea divisoria                                                                 | \$25 más todos los cargos mayores de \$150                  | Todos los cargos mayores de \$110                              |
| Progresivos de calidad superior (bifocales sin línea divisoria)                                | \$25 más todos los cargos mayores de \$200                  | Todos los cargos mayores de \$150                              |

|                                                                                                                                                                                            | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores<br>No Participantes <sup>4</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Lentes de contacto                                                                                                                                                                         |                                                             |                                                                |
| <i>Los lentes de contacto optativos y no optativos se brindan por Asegurado cada 12 meses. Los Beneficios se brindan en lugar de armazones y lentes para anteojos hasta la Asignación.</i> |                                                             |                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Optativos (fines estéticos o comodidad):<br/>rígidos o flexibles</li> </ul>                                                                         | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$130            | Todos los cargos<br>mayores de \$130                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>No optativos (Médicamente Necesarios): rígidos<br/><i>Se requiere un informe del proveedor y la autorización previa del VPA.</i></li> </ul>         |                                                             |                                                                |
| Afaquia                                                                                                                                                                                    | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$250            | Todos los cargos<br>mayores de \$200                           |
| Anisometropía                                                                                                                                                                              | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$300            | Todos los cargos<br>mayores de \$200                           |
| Astigmatismo                                                                                                                                                                               | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$300            | Todos los cargos<br>mayores de \$200                           |
| Hipermetropía                                                                                                                                                                              | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$250            | Todos los cargos<br>mayores de \$200                           |
| Queratocono                                                                                                                                                                                | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$350            | Todos los cargos<br>mayores de \$200                           |
| Miopía                                                                                                                                                                                     | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$250            | Todos los cargos<br>mayores de \$200                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>No optativos (Médicamente Necesarios): flexibles<br/><i>Se requiere un informe del proveedor y la autorización previa del VPA.</i></li> </ul>       |                                                             |                                                                |
| Afaquia                                                                                                                                                                                    | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$250            | Todos los cargos<br>mayores de \$250                           |
| Anisometropía                                                                                                                                                                              | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$300            | Todos los cargos<br>mayores de \$250                           |
| Astigmatismo                                                                                                                                                                               | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$300            | Todos los cargos<br>mayores de \$250                           |
| Hipermetropía                                                                                                                                                                              | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$250            | Todos los cargos<br>mayores de \$250                           |

## Beneficios<sup>2</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                                                                                       | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores<br>No Participantes <sup>4</sup> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Queratocono                                                                                                                                                                                                                                           | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$350            | Todos los cargos<br>mayores de \$250                           |
| Miopía                                                                                                                                                                                                                                                | \$25 más todos los<br>cargos mayores<br>de \$250            | Todos los cargos<br>mayores de \$250                           |
| <b>Otros servicios</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                                                                |
| Equipos y exámenes de baja visión<br><br><i>Uno por Asegurado cada 12 meses, brindado por un<br/>Proveedor Participante. El examen debe ser<br/>Médicamente Necesario, se requiere un informe del<br/>proveedor y la autorización previa del VPA.</i> | 25% más todos los<br>cargos mayores<br>de \$1,000           | Sin cobertura                                                  |
| Referencia para el control de la diabetes<br><br><i>Una por Asegurado por Año Calendario a un Proveedor<br/>Participante cuando se sabe que usted tiene diabetes o<br/>que tiene riesgo de tenerla.</i>                                               | \$0                                                         | Sin cobertura                                                  |

## 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 Servicios de atención de la vista:

Todos los Beneficios de la vista se brindan a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield Life.

Lentes de contacto. Es posible usar la Asignación correspondiente a lentes de contacto para las tarifas de colocación. Si usted recibe lentes de contacto optativos o no optativos, no habrá Beneficios disponibles para amazonas y lentes para anteojos hasta que se cumpla la frecuencia del Beneficio.

### 3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Asegurados servicios de atención de la vista. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable de:

- el Copago, y
- cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.

Cuando el Proveedor Participante usa precios al por mayor o mayoristas, las Asignaciones máximas para armazones serán las siguientes:

- Asignación al por mayor: \$84.91.
- Asignación mayorista: \$88.83.

**Nota:** Estos precios reemplazan a la Asignación para armazones que figura en el Resumen de Beneficios. Si se selecciona un armazón más costoso en una ubicación de proveedores que usa precios al por mayor o mayoristas, la Persona Asegurada será responsable del costo adicional que sea mayor que la Asignación al por mayor o mayorista. Los Proveedores Participantes que usan precios al por mayor o mayoristas están identificados en el directorio de Proveedores Participantes de blueshieldca.com.

Los Proveedores Participantes mantienen una selección de armazones que se venden al por menor dentro de la Asignación de este plan con lentes que se ajustan a un tamaño de ojo que sea menor que 61 milímetros.

---

#### **4 Uso de Proveedores No Participantes:**

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Asegurados servicios de atención de la vista. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago, y
  - cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.
- 

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](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 ਦੁਬਾਈ ਦੇ 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 ílinígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'.** Díí shá ata'halne'dooígí hólóq̄doo nínízingo éí bíighah. Naaltsoos naanináhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníí nínízingo bíighah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodíílnih dóó námbóo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího' díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jì' hodíílnih. Hózhq̄ shíká anáa'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áajì' 1-800-927-4357jì' hodíílnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian