



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo para los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite <https://regence.com> o llame al 1 (866) 240-9580. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en la página web healthcare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1 (866) 240-9580 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$1,700 por persona (cobertura individual) / \$3,400 por familia por año del plan.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general de la familia antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Determinada <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican a continuación como "el <u>deducible</u> no se aplica". "Sin cargo" significa \$0 de <u>copago</u> o 0% de <u>coseguro</u> independientemente de la aplicabilidad del <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> para este <u>plan</u> ?	\$5,000 por persona (cobertura individual) / \$10,000 por familia* por año del plan. *El miembro con cobertura familiar no podrá exceder su <u>límite de desembolso directo</u> de \$5,000.	El <u>límite de desembolso directo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de desembolso directo</u> general familiar.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso directo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso directo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte https://regence.com/go/UT/PVCU o llame al 1 (866) 240-9580 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir 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 de la red</u> podría recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria por una lesión o enfermedad	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin cargo, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	Usted debe pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se le realiza una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo para los primeros \$1,000 / año, luego 20% de <u>coseguro</u> para servicios para pacientes ambulatorios; 20% de <u>coseguro</u> por servicios para pacientes hospitalizados	40% de <u>coseguro</u>	Una vez que las <u>pruebas diagnósticas</u> e imágenes combinadas para paciente ambulatorio alcanzan los \$1,000 / año, los servicios están cubiertos al <u>coseguro</u> especificado.
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	Sin cargo para los primeros \$1,000 / año, luego 20% de <u>coseguro</u> para servicios para pacientes ambulatorios; 20% de <u>coseguro</u> por servicios para pacientes hospitalizados	40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre <u>la cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en https://regence.com/go/2026/UT/3tierStd	Nivel 1 (por lo general, medicamentos genéricos con el valor general más alto)	20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia minorista; 20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia de entrega a domicilio	20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia minorista; 20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia de entrega a domicilio	Los <u>medicamentos recetados</u> que no están en la Lista de medicamentos no están cubiertos, a menos que se apruebe una excepción. El <u>deducible</u> no se aplica para insulina. Suministro de 90 días / receta en farmacia minorista (su <u>costo compartido</u> es por un suministro de 30 días) Suministro de 90 días / suministro de receta de entrega a domicilio de 30 días / receta de <u>medicamento de especialidad</u> Los <u>medicamentos de especialidad</u> no están disponibles a través del servicio de entrega a domicilio.
	Nivel 2 (por lo general, medicamentos de marca con un valor general moderado)	20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia minorista; 20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia de entrega a domicilio	20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia minorista; 20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia de entrega a domicilio	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Nivel 3 (por lo general, medicamentos de marca con valor general más bajo)	20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia minorista; 20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia de entrega a domicilio	20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia minorista; 20% de <u>coseguro</u> / receta en farmacia de entrega a domicilio	La cobertura incluye medicamentos compuestos al 50% del <u>coseguro</u>. Los <u>costos compartidos</u> para la insulina de nivel 2 no excederán los \$10 / suministro para 30 días o \$30 / suministro para 90 días. Sin cargo, el <u>deducible</u> no se aplica para determinados medicamentos preventivos, anticonceptivos y vacunas en una farmacia participante. Los medicamentos utilizados como parte de un régimen de tratamiento de medicamentos contra el cáncer para pacientes ambulatorios que sean proporcionados y dispensados en un entorno profesional estarán sujetos a estos beneficios de recetas. Si surte un medicamento de marca o <u>medicamento de especialidad</u> cuando hay un medicamento genérico equivalente o medicamento biosimilar de especialidad disponible, usted paga la diferencia del costo, además del <u>copago</u> y/o <u>coseguro</u>. Los primeros tres surtidos de <u>medicamentos de especialidad</u> se pueden proporcionar en una farmacia minorista; los resurtidos adicionales se deben proporcionar en una farmacia de especialidad.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Consulte los medicamentos del Nivel 1, 2 y Nivel 3 arriba.	Consulte los medicamentos del Nivel 1, 2 y Nivel 3 arriba.	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (p. ej., un centro de cirugía ambulatoria)	10% de <u>coseguro</u> para centros de cirugía ambulatoria; 20% de <u>coseguro</u> para todos los otros centros	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u> para médicos del centro de cirugía ambulatoria; 20% de <u>coseguro</u> para todos los otros médicos	40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita atención médica de inmediato	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de urgencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej., la habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	60 días como paciente hospitalizado / año (tratamiento residencial combinado con <u>atención de enfermería especializada</u>)
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	La cobertura de adopción se paga al nivel de beneficios <u>dentro de la red</u> , limitada a \$4,000 por niño menor de 6 años. El beneficio de indemnización por adopción no es intercambiable por los beneficios de tratamiento para la infertilidad. El <u>costo compartido</u> no se aplica para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC (por ej., ecografía).
	Servicios profesionales para nacimientos/ partos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro para nacimientos/ partos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	45 días como paciente hospitalizado / año 40 visitas como paciente ambulatorio / año (combinado Terapia del habla limitada a \$1,500 / año (combinado con terapia del neurodesarrollo) con manipulaciones de la columna vertebral) Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Terapia del neurodesarrollo limitada a \$1,500 / año (combinado con terapia del habla) La cobertura de terapia del habla se limita a personas de hasta 18 años de edad. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	60 días como paciente hospitalizado / año (combinado con tratamiento residencial por salud mental o servicios para consumo de sustancias)
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de un centro de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo, el <u>deducible</u> no se aplica	40% de <u>coseguro</u> , el <u>deducible</u> no se aplica	1 examen de la vista de rutina / año
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Ejemplos de exclusión

Los siguientes ejemplos de limitaciones y exclusiones se incluyen para ilustrar los tipos de afecciones, tratamientos, servicios, suministros o alojamiento que pueden no estar cubiertos por su plan, incluidas las afecciones médicas secundarias relacionadas, y no incluyen todos los casos:

- cargos relacionados con cirugía reconstructiva o plástica que pueden tener beneficios limitados, como una descamación química o peeling que no alivie una incapacidad funcional;
- complicaciones relacionadas con los servicios y suministros para, o en relación con, derivación gástrica o intestinal, grapas gástricas u otro procedimiento quirúrgico similar para facilitar la pérdida de peso, o para, o en relación con, la reversión o revisión de dichos procedimientos, o cualquier complicación o consecuencia directa del mismo;
- complicaciones por infección de un procedimiento cosmético, excepto en casos de cirugía reconstructiva:
 - cuando el servicio es incidental o posterior a una cirugía resultante de un trauma, infección u otras enfermedades de la parte afectada; o
 - relacionados con una enfermedad congénita o anomalía de un niño cubierto que ha resultado en un defecto funcional; o
- complicaciones que resulten de una lesión o enfermedad como consecuencia de la participación activa en actividades ilegales.

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- | | | |
|--|--|---|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o para evitar la muerte de la persona inscrita) | • Cirugía estética, excepto anormalidades congénitas | • Servicio de enfermería privada |
| • Acupuntura | • Atención dental | • Atención de rutina de los pies, excepto para pacientes diabéticos |
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Programas de pérdida de peso |
| | • Atención a largo plazo | |

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- | | | |
|--|--|---|
| • Atención quiropráctica, 40 manipulaciones de la columna vertebral / año (combinado con <u>servicios de rehabilitación</u> para pacientes ambulatorios) | • Tratamiento para la infertilidad (excepto <u>medicamentos recetados</u>), \$2,000 / de por vida | • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. |
| | | • Atención de rutina de la vista |

Sus derechos a continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termina. La información de contacto de esas agencias es: la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor), al 1 (866) 444-3272 o en dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), al 1 (877) 267-2323 ext. 61565 o en cciio.cms.gov o el departamento de seguros de su estado. También puede comunicarse con el plan al 1 (866) 240-9580. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual, a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite HealthCare.gov o llame al 1 (800) 318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: hay agencias que pueden ayudar si tiene una reclamación contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para obtener ayuda, comuníquese con el plan al 1 (866) 240-9580 o visite regence.com o con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, al 1 (866) 444-3272 o en dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Utah llamando al 1 (801) 957-9200 o a la línea gratuita de mensajes al 1 (800) 439-3805; por escrito al Utah Department of Insurance, 4315 S 2700 W, Suite 2300, Taylorsville, UT 84129; a través de Internet en: www.insurance.utah.gov/health/independent-review; o por correo electrónico a: healthappeals@utah.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para determinados tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal de la prima.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, usted puede calificar para un crédito fiscal de la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1 (866) 240-9580.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta para calcular costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,700
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para nacimientos/partos
Servicios del centro para nacimientos/partos
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,460

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,700
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$200
El total que Joe pagaría es	\$2,100

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,700
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,900

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

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Regence cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Regence no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable debido a raza, color de la piel, nacionalidad, edad, alguna discapacidad, ni sexo.

Regence:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (impresión con letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, que pueden incluir:

- Intérpretes calificados
- Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Regence no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera con base en la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, usted puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicio al Cliente

Civil Rights Coordinator
PO Box 1106
Lewiston, ID 83501-1106
Teléfono: 1-888-344-6347, (TTY: 711)
Fax: 1-888-309-8784
Correo electrónico: CS@regence.com

Servicio al Cliente de Medicare

Teléfono: 1-800-541-8981 (TTY: 711)
Correo electrónico:
medicareappeals@regence.com

Servicio al Cliente de VSP

Teléfono: 1-844-299-3041
TTY: 1-800-428-4833

Asistencia de idiomas

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-344-6347 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ

ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማለታወቅ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፡ በአገራዊ ምክር ቤት ተዘጋጅተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिपिवाइ: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย

คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ប្រៃសណីយ៍: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, ការបំប៉នការជំនួយភាសា, ដែលមិនគិតថ្លៃ, អាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذاكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)