

# Su Resumen de Beneficios



Anthem® Blue Cross

Su plan: Barona Resort & Casino: Anthem HMO Classic 30/50/500 admit/250 OP

Su red: California Care HMO

| Visitas con proveedores de atención virtual únicamente             | Costo través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Atención primaria y servicios médicos de urgencia/agudos           | Sin cargo                                                    |
| Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias | Sin cargo                                                    |
| Atención de especialistas                                          | \$50 copago por visita                                       |

| Beneficios Médicos Cubiertos         | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Deducible general                    | \$0 persona                                        |
| Límite general de gastos de bolsillo | \$2,500 por una persona /<br>\$5,000 familia       |

Para obtener los beneficios de este plan, debe usar proveedores dentro de la red. **Los servicios brindados por proveedores fuera de la red no están cubiertos**, salvo en caso de emergencia o atención de urgencia, servicios autorizados, o cuando así lo disponga la ley. En caso de no saber si hemos aprobado algún servicio autorizado, póngase en contacto con nosotros

El límite de gastos de bolsillo por familia está integrado, lo que significa que cada persona cubierta tiene un límite de gastos de bolsillo por individual. Además, los costos compartidos para todos los familiares cubiertos se aplican al límite de gastos de bolsillo por familia; sin embargo, ningún miembro pagará más del límite de gastos de bolsillo por individual.

Todos los deducibles, copagos y coseguros médicos y se cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo.

**Visitas al médico (virtuales y en el consultorio)** Su plan requiere que seleccione un médico de atención primaria (PCP). Es necesaria una referencia de su médico de atención primaria (PCP) para recibir atención de un especialista y de la mayoría de los proveedores para ciertos servicios cubiertos.

|                                                                                                                                                 |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Atención primaria (médico de atención primaria, PCP), y servicios de trastornos de salud mental y uso de sustancias virtual y en el consultorio | \$30 copago por visita |
| Proveedor especialista virtual y en el consultorio                                                                                              | \$50 copago por visita |
| <u>Visitas a otros profesionales de la salud</u>                                                                                                |                        |
| Servicios de maternidad                                                                                                                         |                        |
| Atención prenatal y posparto                                                                                                                    | \$30 copago por visita |

| Beneficios Médicos Cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Parto</p> <p><b>Clínica médica en establecimientos minoristas</b> <i>para atención de rutina y tratamiento de enfermedades comunes; por lo general, se encuentran en las principales farmacias o tiendas minoristas.</i></p> <p><b>Terapia de manipulación a través de grupo médico</b><br/><i>La cobertura se limita a 20 visitas por periodo de beneficio.</i></p> <p><b>Acupuntura a través de grupo médico</b><br/><i>La cobertura se limita a 20 visitas por periodo de beneficio.</i></p> <p><b>Terapia de manipulación y acupuntura a través del proveedor del plan ASH</b><br/><i>La cobertura está limitada a 20 visitas combinadas por periodo de beneficios</i></p> | <p>\$500 copago por embarazo</p> <p>\$30 copago por visita</p> <p>\$30 copago por visita</p> <p>\$30 copago por visita</p> <p>\$15 copago por visita</p> |
| <p><b><u>Otros servicios en un consultorio</u></b></p> <p><b>Pruebas de alergia</b></p> <p><b>Medicamentos recetados</b> <i>Provistos en el consultorio</i><br/><i>Costo compartido máximo por miembro de \$250 por medicamento.</i></p> <p><b>Cirugía</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>\$30 copago por visita</p> <p>30% de coseguro</p> <p>\$30 copago por cirugía</p>                                                                      |
| <p><b>Servicios preventivos / chequeos / inmunizaciones</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Sin cargo</p>                                                                                                                                         |
| <p><b>Atención preventiva para afecciones crónicas</b> <i>según las pautas del Servicio de Rentas Internas (IRS)</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Sin cargo</p>                                                                                                                                         |
| <p><b><u>Servicios de diagnóstico</u> Laboratorio</b></p> <p>Consultorio</p> <p>Centro laboratorio independiente</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>                                                                                                       |
| <p><b><u>Servicios de diagnóstico</u> Radiografía</b></p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>                                                                                                                        |

| Beneficios Médicos Cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b><u>Servicios de diagnóstico</u></b> <b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> <i>por ejemplo: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía axial computarizada (CAT)</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>                                  | <p>\$125 copago por visita</p> <p>\$125 copago por visita</p> <p>\$125 copago por visita</p>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b><u>Atención urgente y de emergencia</u></b></p> <p><b>Atención urgente</b> <i>incluye servicios del médico. Es posible que se apliquen cargos adicionales según la atención brindada.</i></p> <p><b>Servicios de la sala de emergencias</b><br/><i>Su copago se cancelará si usted es admitido.</i></p> <p><b>Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios</b></p> <p><b>Ambulancia</b></p> | <p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b><br/>\$30 copago por visita</p> <p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b><br/>\$200 copago por visita</p> <p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b><br/>Sin cargo</p> <p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b><br/>\$150 copago por viaje</p> |
| <p><b><u>Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un centro</u></b></p> <p><b>Tarifas del centro</b></p> <p><b>Servicios médicos</b></p>                                                                                                                                                                                                                  | <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b><u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Tarifas del centro</b></p> <p>Hospital</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>\$250 copago por visita</p> <p>\$250 copago por visita</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Beneficios Médicos Cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Médico y otros servicios</b> que incluyen tarifas del cirujano<br>Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sin cargo                                                            |
| <b><u>Hospital (Incluidos los servicios de maternidad y para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias)</u></b><br><i>Si vuelve a ser admitido dentro de 72 horas por la misma afección, no se requiere copago adicional en el centro. Si se le transfiere de un centro a otro, solo aplicará un copago.</i><br><b>Tarifas del centro</b><br><b>Médico y otros servicios</b> que incluyen tarifas del cirujano                                                  | <br>\$500 copago por admisión<br>Sin cargo                           |
| <b><u>Atención médica a domicilio</u></b><br><i>La cobertura se limita a 100 visitas por periodo de beneficio.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$30 copago por visita                                               |
| <b><u>Servicios de terapia</u></b><br><b>Servicios de rehabilitación y recuperación de las habilidades</b> <i>incluidas terapias física, ocupacional y del habla.</i><br><i>La cobertura para fisioterapia y terapia ocupacional tiene un límite de 40 visitas combinados por periodo de beneficio. La cobertura para terapia del habla tiene un límite de 20 visitas por periodo de beneficio.</i><br>Consultorio<br>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | <br><br><br><br><br>\$30 copago por visita<br>\$50 copago por visita |
| <b>Rehabilitación pulmonar</b><br>Consultorio<br>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <br><br>\$30 copago por visita<br>\$50 copago por visita             |
| <b>Rehabilitación cardíaca</b><br><i>La cobertura se limita a 36 visitas por periodo de beneficio.</i><br>Consultorio<br>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <br><br>\$30 copago por visita<br>\$50 copago por visita             |
| <b>Diálisis/Hemodiálisis</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$50 copago por visita                                               |
| <b>Quimio/Radioterapia</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$50 copago por visita                                               |
| <b>Atención de enfermería especializada (en un centro)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sin cargo                                                            |

| Beneficios Médicos Cubiertos                                                                                                                                                             |  | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|
| <i>La cobertura para los servicios de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada se limita a 150 días combinados por periodo de beneficio.</i> |  |                                                    |
| Centro para pacientes internados terminales                                                                                                                                              |  | Sin cargo                                          |
| <b><u>Dispositivos, equipos y servicios adicionales</u></b>                                                                                                                              |  |                                                    |
| Equipo Médico Duradero                                                                                                                                                                   |  | 20% de coseguro                                    |
| Dispositivos prostéticos                                                                                                                                                                 |  | Sin cargo                                          |
| <b>Pelucas</b><br><i>La cobertura de para pelucas tiene un límite de 1 artículo después del tratamiento contra el cáncer por periodo de beneficio.</i>                                   |  | Sin cargo                                          |

| Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos                                                |  | Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Deducible de farmacia                                                                         |  | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                     |
| Límite de gastos de bolsillo de farmacia                                                      |  | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                     |
| <b>Cobertura de medicamentos recetados</b><br><b>La red:</b><br><b>Lista de medicamentos:</b> |  |                                                       |                                                   |
| <b>Límites en cuanto a los días de suministro:</b>                                            |  |                                                       |                                                   |
| Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos                                                  |  | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                     |
| Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos                                        |  | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                     |
| Nivel 3 - Normalmente medicamentos de marca no preferidos                                     |  | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                     |
| Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)                      |  | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                     |

| Beneficios de la vista cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                      | Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red | Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Este documento es una breve descripción de la cobertura de la atención de la vista. Para recibir el beneficio Dentro de la red, usted debe ir a un Proveedor de Blue View Vision. Solo los servicios de atención pediátrica de la vista cuentan para su límite de gastos de bolsillo. |                                                    |                                                   |
| <b>Examen de la vista para niños (hasta la edad 19)</b><br><i>Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.</i>                                                                                                                                                                     | Sin cargo                                          | Sin cobertura                                     |
| <b>Examen de la vista para adultos (edad 19 y mayores)</b><br><i>Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.</i>                                                                                                                                                                  | Sin cargo                                          | Sin cobertura                                     |

#### Notas:

- Si tiene una visita al consultorio de su médico de atención primaria, especialista o atención de urgencia en un centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio), los beneficios de los Servicios cubiertos se pagarán según los “Servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios”.
- Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. Se puede aplicar otra distribución de costos según los servicios prestados. Consulte su Certificado de cobertura para obtener más detalles.
- Los límites para la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla, si los hubiera para este plan, no se aplicarán si recibe atención como parte del beneficio para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.
- La cobertura incluye los servicios estándar de conservación de la fertilidad como un servicio de atención de la salud básica que incluye, entre otros, inyecciones, criopreservación y almacenamiento para miembros masculinos y femeninos cuando un tratamiento necesario por motivos médicos puede causar infertilidad iatrogénica. La distribución de costos de los miembros para los servicios de conservación de la fertilidad se basa en el tipo de proveedor y el servicio prestado.
- Las afirmaciones sobre los beneficios que se incluyen en este documento están sujetas a cambios y a la aprobación de la California Department of Managed Health Care (DMHC).

*Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. En él no se reflejan todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) formal. Si hubiese alguna diferencia entre este resumen y el La Evidencia de Cobertura (EOC), el Evidencia de Cobertura (EOC), prevalecerá.*

*Los beneficios del plan Anthem Blue Cross HMO están cubiertos únicamente cuando el médico de atención primaria proporciona o coordina los servicios y el grupo médico participante o la Asociación de Prácticas Independientes (IPA) los autoriza, excepto los servicios de un ginecólogo obstetra recibidos dentro del grupo médico del miembro o IPA, y los servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias. Los beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOC.*

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association.

Preguntas: (855) 333-5730 o visite [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

Se ha dejado en blanco  
intencionalmente

## Get help in your language

### Language Assistance Services

Curious to know what all this says?

We would be too. Here's the English version:  
IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternative formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

#### Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos pedirle a alguien que le ayude a leerla. También es posible que pueda solicitar que le enviemos esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711).

#### Arabic

هام: هل تستطيع قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، يمكننا أن نطلب من شخص ما مساعدتك في قراءتها. قد تتمكن أيضاً من الحصول على هذه الرسالة مكتوبة بلغتك. للحصول على مساعدة مجانية، يرجى الاتصال على الفور على الرقم 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

#### Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք առաջարկել որևէ մեկի օգնությունը՝ ձեզ համար այն կարդալու համար: Դուք կարող եք նաև այս նամակը ստանալ ձեր լեզվով: Անվճար օգնության համար խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել՝ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

#### Chinese

重要：您能看此信嗎？如果不能，我們可以請人幫您看。您還可以獲得以您的語言寫的此信件。如需免費幫助，請立即致電 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

#### Farsi

ما، توانیدمی اگر بخوانید؟ را نامه این توانید می آیا مهم. کند کمک شما به آن خواندن در بخواهیم شخصی از توانیممی زبان به و کتبی صورت به را نامه این بتوانید است ممکن همچنین با فوراً لطفاً، رایگان کمک دریافت برای. کنید دریافت خودتان تماس (TTY/TDD: 711) 1-888-254-2721. شماره بگیرید.

#### Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में किसी की मदद ले सकते हैं। यह पत्र आप अपनी भाषा में भी लिखवा सकते हैं। निःशुल्क सहायता के लिए, कृपया तुरंत 1-888-254-2721 पर कॉल करें। (टीटीवाई/टीडीडी:711)

#### Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas nyeem tau daim ntawv no? Yog tias tsis tau, peb muaj qee tus neeg pab nyeem nws rau koj. Koj los kuj yuav tau txais ib daim ntawv sau ua kom yam lus. Rau kev pab dawb, thov hu tam sim ntawm 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

#### Japanese

重要：この文書を読むことができますか？読むことができない場合、支援することが可能です。また、日本語で訳されたこの文書を書面で受け取ることができます。無料の支援をご希望の場合、1-888-254-2721 (TTY/TDD:711) にご連絡ください。

#### Khmner

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានសំបុត្រនេះបានទេ? បើអត់ទេ យើងអាចមានអ្នកជួយអាន។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្រនេះសរសេរជាភាសា របស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូមទូរស័ព្ទមកភ្លាមៗតាមរយៈលេខ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)



**Korean**

중요: 이 편지를 읽으실 수 있으신가요?  
 그렇지 않으신 경우, 이를 읽으실 수 있도록  
 도움을 제공해 드릴 수 있습니다. 귀하의  
 모국어로 된 편지를 우편으로 받아보실 수도  
 있습니다. 무상으로 제공되는 도움이  
 필요하신 경우, 1-888-254-2721번으로 바로  
 연락해 주십시오. (TTY/TDD: 711)

**Punjabi**

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚਿੱਠੀ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ  
 ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ  
 ਇਸ ਚਿੱਠੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।  
 ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਰੰਤ ਇਸ 'ਤੇ ਕਾਲ  
 ਕਰੋ 1-888-254-2721। (TTY/TDD: 711)

**Russian**

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Можете ли  
 вы прочитать данное письмо? Если нет,  
 наш специалист поможет вам в этом.  
 Вы также можете получить данное  
 письмо на вашем языке. Для получения  
 бесплатной помощи звоните по номеру  
 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

**Tagalog**

MAHALAGA: Mababasa mo ba ang  
 sulat na ito? Kung hindi, mayroon kaming  
 makakatulong sa iyo na basahin ito.  
 Maaari mo ring makuha ang sulat na ito  
 nang nakasulat sa iyong wika. Para sa  
 libreng tulong, mangyaring tumawag  
 kaagad sa 1-888-254-2721.  
 (TTY/TDD: 711)

**Thai**

สำคัญ: คุณสามารถอ่านจดหมายนี้ได้หรือไม่  
 หากคุณอ่านจดหมายนี้ไม่ได้ เราสามารถขอให้  
 ใครสักคนช่วยคุณอ่านได้ คุณสามารถร้องขอ  
 จดหมายนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้เช่นกัน  
 หากต้องการความช่วยเหลือแบบไม่มีค่าใช้จ่าย  
 โปรดโทรหาเราได้ทันทีที่ 1-888-254-2721.  
 (TTY/TDD: 711)

**Vietnamese**

QUAN TRỌNG: Quý vị có đọc được lá thư  
 này không? Nếu không, chúng tôi có thể  
 nhờ ai đó giúp quý vị đọc. Quý vị cũng có  
 thể yêu cầu thư này viết bằng ngôn ngữ  
 của quý vị. Để được trợ giúp miễn phí,  
 hãy gọi ngay đến số 1-888-254-2721.  
 (TTY/TDD: 711)

**Es importante que lo tratemos de manera justa**

Respetamos las leyes federales y estatales de derechos civiles en nuestras actividades y programas de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Para quienes el inglés no es su idioma primario (o tienen un nivel de dominio del inglés limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas, de manera oportuna, a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si cree que fallamos en algún aspecto o para obtener más información sobre los procedimientos de reclamo, puede enviar una queja por correo a: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279, o si considera que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad, puede enviar una queja directamente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>