

# WESTERN 4500/50/40% HMO PRIME with Rx Plus

**RESUMEN DE COPAGOS** una matriz de beneficio y cobertura de plan de salud uniforme

ESTA MATRIZ TIENE LA FINALIDAD DE SER UTILIZADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES TAN SOLO UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR LA CONSTANCIA DE COBERTURA/FORMULARIO DE DIVULGACIÓN Y EL CONTRATO DEL PLAN DONDE ENCONTRARÁ UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

## DEDUCIBLE ANUAL

El **deducible médico** es la cantidad de dinero que un miembro o familiar debe pagar por ciertos servicios cubiertos antes de que WHA comience a pagar dichos servicios cubiertos. Cada miembro inscrito como familia debe cumplir con el monto de cobertura Individual con Familia o el monto de cobertura Familiar, lo que se cumpla primero. El **monto deducible de farmacia** es por miembro, incluso si está inscrito como familia, y se aplica a los medicamentos cubiertos. Una vez alcanzados los deducibles, se aplicarán los copagos correspondientes. Las cantidades pagadas por medicamentos no cubiertos no se aplican a los deducibles de un miembro.

responsabilidad del miembro **Deducible médico • AD = después del deducible**

\$4,500	Cobertura propia
\$4,500	Persona con cobertura familiar
\$9,000	Cobertura familiar
\$250	<b>Deducible de farmacia</b>

## MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO

El **máximo gasto de bolsillo** es la cantidad más alta que un miembro o familia pagará en un año civil por los servicios/medicamentos cubierto. Una vez que los costos de su deducible y de copagos alcanzan su máximo gasto anual de bolsillo, WHA pagará el 100% de sus servicios/medicamentos cubierto por el resto del año civil. Las cantidades pagadas por servicios/medicamentos no cubierto no se aplican al gasto máximo de bolsillo de un miembro.

responsabilidad del miembro **Máximo gasto de bolsillo**

\$6,500	Cobertura propia
\$6,500	Persona con cobertura familiar
\$13,000	Cobertura familiar
ninguno	Máximo por toda la vida

## CUBIERTO SIN COSTOS COMPARTIDOS — NO SUJETO A DEDUCIBLE

Los **servicios de cuidados preventivos** y algunos medicamentos recetados están cubiertos sin costo al miembro, como se los explica bajo la sección EOC/DF sobre Servicios Preventivos Cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte la información adicional sobre los beneficios en [mywha.org/preventive](http://mywha.org/preventive).

- Exámenes físicos anuales y atención del bebé sano
- Vacunas para adultos y pediátricos, incluidas las contra la gripe y el COVID-19
- Servicios preventivos para mujeres
- Atención de rutina prenatal y análisis de laboratorio, y primera consulta postnatal
- Pruebas de cáncer de seno, cervical, próstata, colorrectal y otras pruebas de cáncer generalmente aceptadas
- La planificación familiar, incluyendo procedimientos anticonceptivos y de esterilización aprobados por la FDA; consejería, educación
- Ciertos medicamentos preventivos y suplementos, disponibles con receta y/o sin receta (OTC); consulte la sección Cobertura de medicamentos recetados de este Resumen de copagos para obtener más detalles

NOTA: Para que un servicio se considere “preventivo”, su PCP o ginecólogo/obstetra debe haberlo brindado u ordenado, y el propósito principal de la consulta debió haber sido obtener el servicio preventivo. En caso de que reciba servicios adicionales que no forman parte del examen preventivo (por ejemplo, procedimientos o pruebas de laboratorios resultantes de exámenes de detección o en respuesta a su afección o síntomas médicos), usted será responsable del costo de esos servicios como se describe en este Resumen de copago.

**CUBIERTO CON COSTOS COMPARTIDOS**

costo para el miembro Los copagos deducibles/porcentuales se basan en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio

**Servicios profesionales**

- \$50 por consulta Consultas en consultorio o virtuales, médico de atención primaria y otros no enumerados a continuación
- \$50 por consulta Consultas médicas presenciales o virtuales, especialista
- ninguno Examen de la vista anual, cuando se proporciona a través del Vision Service Plan (VSP)
- \$50 por consulta Examen auditivo anual; los copagos no contribuyen al máximo gasto de bolsillo médico

**Servicios para pacientes ambulatorios**

Cirugía ambulatoria

- \$50 por consulta • Realizada en consultorio
- 40% AD • Realizada en un centro — cargos de instalaciones
- 40% AD • Realizada en un centro — servicios profesionales
- ninguno AD Diálisis, quimioterapia, terapia de infusión y radioterapia
- ninguno AD Análisis de laboratorio, radiografías y imágenes diagnósticas
- ninguno AD Imágenes (CT/PET scans y MRI)
- \$5 por consulta Inyecciones terapéuticas, incluyendo vacunas contra alergias

**Servicios de hospitalización**

- 40% AD Cargos de estancia — cuarto semiprivado y alimentación, y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, que incluyen:
  - Parto (cuarto privado cuando un proveedor o participante lo determine médicamente necesario)
  - Uso del quirófano y sala de recuperación, anestesia, medicamentos durante la hospitalización, radiografías, laboratorio, radioterapia, servicios de transfusión de sangre, servicios de rehabilitación y sala de cuna para recién nacidos
- 40% AD Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos, cirujanos, anesthesiólogos y consultores

**Servicios de urgencia y de emergencia**

Atención de paciente ambulatorio para tratar una lesión o el comienzo repentino de una enfermedad aguda dentro o fuera del Área de Servicio de WHA:

- \$50 por consulta • Consultorio médico o consulta virtual
- \$49 por consulta • Consulta virtual de cuidados urgentes
- \$50 por consulta • Centro de cuidados urgentes
- 40% AD • Sala de emergencias — cargos de instalaciones (no se aplica si es internado)
- 40% AD • Sala de emergencias — servicios profesionales (no se aplica si es internado)
- 40% AD • Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal (incluyendo el servicio 911)

**Equipo médico duradero (DME)**

- 40% AD Equipo médico duradero cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA
- \$50 Dispositivos ortopédicos y protésicos cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados previamente por WHA

**Servicios de salud de comportamiento**

Trastornos de salud mental y abuso de sustancias

- \$50 por consulta • Consulta médica presencial o virtual
- ninguno • Ambulatorio otros servicios
- 40% AD • Servicios de hospitalización, incluyendo desintoxicación — proporcionados en un centro participante de cuidados agudos
- 40% AD • Servicios de hospitalización — proporcionados en un centro de tratamiento residencial
- 40% AD • Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos

**CUBIERTO CON COSTOS COMPARTIDOS**

costo para el miembro Los copagos deducibles/porcentuales se basan en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio

**Otros servicios de salud**

- 40% **AD** Atención médica en el hogar cuando sea prescrita por un médico participante y se haya determinado que es médicamente necesario, hasta 100 consultas en un año civil
- 40% **AD** Centro de enfermería especializada, cuarto semiprivado y comida, cuando sea médicamente necesario y concertado por un médico de atención primaria, incluidos medicamentos y servicios auxiliares prescritos, hasta 100 días por año civil
- 40% **AD** Servicios en residencia para enfermos desahuciados
- \$50 por consulta Servicios de habilitación
- \$50 por consulta Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, que incluyen:
- Terapia física, del habla y ocupacional cuando WHA las haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarias
  - Terapia respiratoria, terapia cardíaca y pulmonar, cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios y que producen una mejora continua
- 40% **AD** Rehabilitación de paciente internado
- ninguno Aborto y servicios relacionados con el aborto
- \$15 por consulta Servicios de acupuntura y quiropráctica los proporciona Landmark Healthplan of California, Inc., no requieren una derivación del PCP. Consulte información adicional sobre los beneficios en [mywha.org](http://mywha.org).
- Acupuntura, hasta 20 visitas al año
  - Atención quiropráctica, hasta 20 visitas al año; los copagos no aportan al máximo gasto de bolsillo médico

## COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Los medicamentos recetados cubiertos incluidos en el Plan de medicamentos recetados de un miembro se clasifican como Escala 1, 2, 3 o 4 en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de WHA. Se puede solicitar la PDL de un miembro llamando a Servicios para Miembros de WHA o consultarla en línea en [mywha.org/Rx](http://mywha.org/Rx).

NOTA: Todos los medicamentos incluidos en la PDL se evalúan periódicamente en cuanto a su eficacia, calidad, seguridad, alternativas similares y costo para garantizar un uso racional y rentable de los agentes farmacéuticos. La presencia de un medicamento en la PDL no garantiza que el proveedor participante del miembro recetará el medicamento. Existe un pequeño grupo de medicamentos que, independientemente de la escala, podrían requerir autorización previa para asegurar el uso apropiado según los criterios establecidos por WHA.

**Medicamentos preventivos, suplementos y vacunas:** La aspirina, el ácido fólico, (incluido vitaminas prenatales), el fluoruro para los niños en edad preescolar, los medicamentos para dejar de fumar, los anticonceptivos y las vacunas preventivas, incluidas las de la gripe y la COVID-19, están cubiertos sin costo compartido para el miembro; consulte el Apéndice A en su EOC/DF para obtener una lista completa. Se requiere un medicamento genérico si está disponible.

## DEDUCIBLE DE RECETADOS (ESCALAS 2 – 4) • AD Rx = después del deducible de la receta médica

**\$250 por miembro por año calendario** El **monto deducible de farmacia** es por miembro, incluso si está inscrito como familia, y se aplica a los medicamentos cubiertos. Una vez alcanzados los deducibles, se aplicarán los copagos correspondientes. Los montos pagados por medicamentos no cubiertos no cuentan para los deducibles del miembro.

## CUBIERTO CON COSTOS COMPARTIDOS

### Farmacia minorista (costo por suministro de 30 días)

- \$15 • Escala 1: medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
- \$30 AD Rx • Escala 2: medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos
- \$50 AD Rx • Escala 3: medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)

Las farmacias minoristas participantes permiten un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento. El copago de farmacia minorista se aplica por cada suministro de 30 días.

### Farmacia con entrega a domicilio (costo por receta, suministro de hasta 100 días)

- \$30 • Escala 1: medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
- \$60 AD Rx • Escala 2: medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos
- \$100 AD Rx • Escala 3: medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)

### Farmacia especializada (costo por receta, suministro de hasta 30 días)

- \$100 AD Rx • Escala 4: medicamentos especializados y otros de mayor costo

Los medicamentos especializados deben solicitarse a través de Optum Specialty Pharmacy (se entregan en el domicilio o en el consultorio médico, según quién administre el medicamento).

El copago o costo compartido de un miembro no excederá el costo del medicamento surtido. Si un medicamento de Escala 1 está disponible y el miembro elige recibir un medicamento de Escala 2, 3 o 4 sin indicación médica del proveedor que prescribe, el miembro será responsable del copago correspondiente de Escala 2 a 4 más la diferencia del costo entre el medicamento de Escala 1 y el medicamento comprado. El monto pagado por la diferencia en el costo no se aplica para el deducible o contribuye al máximo gasto de bolsillo.

---

**ADMINISTRAR SU PLAN DE DEDUCIBLE:** Para revisar los montos aplicados a su deducible anual y desembolso máximo (OOP), simplemente acceda a su acumulador en [mywha.org](http://mywha.org). Si tiene alguna pregunta sobre cuánto se ha aplicado a su deducible o al máximo de gastos de bolsillo anuales, o si ciertos pagos que ha realizado se aplican al máximo de gastos de bolsillo, llame a Servicios para Miembros de WHA. Una vez que haya satisfecho su máximo de OOP, puede solicitar una declaración por escrito que confirme que no tiene que pagar más copagos o deducibles por los servicios cubierto hasta el final del año calendario.

# BENEFICIO DE INFERTILIDAD A

## RESUMEN DE COPAGOS

Por lo general, los servicios para la infertilidad que están cubiertos incluyen consultas, exámenes, diagnósticos, ya sea que se realicen en un consultorio médico, en un hospital u otro lugar, así como los medicamentos. Todos los servicios cubiertos para Infertilidad, incluidos los estudios de diagnóstico y pruebas para establecer una causa de "Infertilidad", requieren un copago del 50%, que se basa en las tarifas de contrato de WHA. Todos los servicios para la infertilidad que están cubiertos requieren una autorización previa y están sujetos a las exclusiones y limitaciones descritas en este resumen de copagos.

"Infertilidad" se define como la condición de ser infértil. A un miembro se le considera infértil si existe la presencia de una afección demostrada que ha sido reconocida por un médico y un cirujano con licencia como la causa de la infertilidad, o si el miembro no puede concebir un embarazo o tener un embarazo de manera satisfactoria después de un (1) año de relaciones sexuales periódicas sin protección, o si el miembro tiene más de 35 años, después de 6 meses de relaciones sexuales periódicas sin protección. A un miembro que no tenga relaciones sexuales periódicas sin protección se la puede considerar infértil si la concepción no se produce después de al menos 12 ciclos de inseminación artificial/de donante supervisada (6 ciclos para miembros de 35 años o más).

### Servicios Cubiertos Copago del 50%\*

El asesoramiento y las pruebas genéticas son beneficios cubiertos cuando lo indica un médico, los cuales no están sujetos a los copagos del beneficio para la infertilidad.

- Los servicios y suministros para el diagnóstico y tratamiento de infertilidad involuntaria.
- La inseminación artificial (salvo el semen o los óvulos del donante y los servicios y suministros relacionados con su obtención y conservación), está sujeta a un máximo de un período de tratamiento de hasta tres (3) ciclos de por Vida+
- Una transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT) o fecundación in vitro (IVF) de por Vida+
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad

## Exclusiones y limitaciones

Además de las exclusiones y limitaciones que se describen en los servicios cubiertos, se aplica lo siguiente:

- El miembro tiene que ser diagnosticado con «infertilidad» tal como se define en este resumen de copagos.
- Todos los servicios para la infertilidad que están cubiertos requieren una autorización previa de WHA.
- Se excluyen los servicios y suministros para revertir la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente.
- Se excluyen todos los servicios que forman parte de la maternidad sustituta, incluidos entre otros las transferencias de embriones, los servicios y suministros relacionados con los espermatozoides de donante o la conservación de espermatozoides para la inseminación artificial.
- Se excluyen las transferencias de embriones congelados y la transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT).
- Se excluye la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).
- Se excluyen las pruebas Ova Sticks (un autotest para la infertilidad).
- Se excluyen las transferencias/trasplantes de óvulos o el lavado uterino como parte del diagnóstico o tratamiento de la infertilidad.
- Se excluyen todos los servicios relacionados con el donante de espermatozoides, incluida la obtención del esperma.
- Se excluye la conservación del esperma.
- Se excluye el tratamiento de la infertilidad como resultado de una vasectomía o ligadura de trompas electiva previa/actual, incluido, pero no limitado a los intentos de revertir dicho procedimiento y al tratamiento de la infertilidad luego de llevar a cabo intentos de reversión.
- Se excluye la inseminación artificial en ausencia de un diagnóstico de infertilidad.
- Se excluye el tratamiento de esterilidad femenina, donde sería necesario el óvulo de un donante (p. ej.: síndrome posmenopáusico).
- Se excluyen los estudios, procedimientos o medicamentos experimentales o en investigación que se utilicen para tratar o determinar la causa de la infertilidad.
- Se excluyen los procedimientos médicos de laboratorio que impliquen la congelación o conservación de espermatozoides, óvulos o preembriones.
- Se excluye la inoculación de una mujer con los glóbulos blancos de su pareja (se considera experimental).

\* Los copagos por los servicios contra la infertilidad que están cubiertos, no afectan el desembolso máximo anual de su plan médico con Western Health Advantage.

+ "Toda la Vida" se refiere a los servicios obtenidos durante la vida del miembro, incluso los servicios prestados en virtud de cualquier otro plan de seguro médico o HMO.

# BENEFICIO DE APOYO A LA FAMILIA Y LA DIVERSIDAD

## RESUMEN DE COPAGOS

La planificación de la atención de rutina durante el embarazo puede requerir servicios de apoyo. El Beneficio de apoyo a la familia y la diversidad de Western Health Advantage brinda asistencia a los miembros que buscan un embarazo o a los miembros con un rasgo genético raro y grave conocido que pueden necesitar apoyo para concebir.

	Apoyo en el embarazo	Pruebas genéticas previas a la implantación
<b>Servicios cubiertos</b>	Hasta tres (3) ciclos de inseminación artificial o recolección de espermatozoides de por vida <sup>1</sup> y medicamentos para la estimulación ovárica, incluidas las pruebas básicas de laboratorio y de imágenes relacionadas con el estudio de fertilidad	Pruebas genéticas previas a la implantación
<b>Cuándo el miembro es elegible para los servicios cubiertos</b>	Cualquier miembro, con una derivación del proveedor.	<p>Un miembro con un pariente personal o de primer grado con una condición<sup>2</sup> genética incluida en la lista de WHA, O</p> <p>Se determinó que un feto del embarazo anterior de un miembro tenía una de las condiciones<sup>2</sup> genéticas incluidas en la lista de WHA, O</p> <p>Ambos miembros de la pareja son portadores de una condición<sup>2</sup> genética incluida en la lista de WHA, O</p> <p>Uno de los miembros de la pareja es portador de una condición<sup>2</sup> genética incluida en la lista de WHA, la cual es una condición de rasgo dominante.</p> <p>Si se determina que un miembro es portador a través de una evaluación previa a la concepción y la pareja es miembro de WHA, la pareja puede estar cubierta para la prueba de portador.</p>
<b>Autorización Previa</b>	Obligatoria	Required
<b>Copago</b>	50% <sup>3</sup>	50% <sup>3</sup>
<b>Exclusiones y limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No para el tratamiento de la infertilidad.</li> <li>No cubierto después de procedimientos de esterilización o reversión de esterilización.</li> <li>El beneficio finaliza cuando se logra un embarazo viable o se han producido tres (3) ciclos de por vida<sup>1</sup>.</li> <li>Si un embarazo finaliza en aborto espontáneo, se pueden cubrir ciclos adicionales hasta el total de tres (3).</li> <li>El semen u óvulos de donantes, incluidos los servicios y suministros para su obtención y almacenamiento, no están cubiertos.</li> <li>Excluye pruebas genéticas e imágenes avanzadas</li> <li>Ningún servicio de subrogación está cubierto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede estar cubierto junto con el beneficio por infertilidad cuando el empleador del miembro ofrece beneficios por infertilidad. El semen u óvulos de donantes, incluidos los servicios y suministros para su obtención y almacenamiento, no están cubiertos.</li> </ul>

<sup>1</sup> "De por vida" se refiere a cualquier intento, tratamiento o servicio brindado durante la cobertura del miembro bajo un plan Western Health Advantage en cualquier momento durante la vida del miembro.

<sup>2</sup> Western Health Advantage mantiene una lista de condiciones genéticas raras y graves, que puede actualizarse con nuevas condiciones con el tiempo.

<sup>3</sup> Los copagos para servicios cubiertos de apoyo a la diversidad y la familia no aportan al máximo gasto anual de bolsillo de su plan de seguro médico con Western Health Advantage. Los copagos porcentuales se basan en las tarifas contratadas de WHA con el proveedor del servicio.

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 711 (TTY), 916.568.0126 (fax), [memberservices@westernhealth.com](mailto:memberservices@westernhealth.com), <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 711.

## SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 711 si tiene dificultades auditivas.

## CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 711。

## VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 711.

## TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 711.

**KOREAN**

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 711로 연락하십시오.

**ARMENIAN**

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 711՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

**PERSIAN-FARSI**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 711 پیام تاپیی ارسال کنند

**RUSSIAN**

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 711.

**JAPANESE**

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、711までお電話ください。

**ARABIC**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 711.

**PUNJABI**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់ អ្នកគ្រូចៀកឆ្លង់ តាមលេខ 711។

**HMONG**

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 711.

**HINDI**

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 711 पर कॉल करो।

**THAI**

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 711