



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-888-563-2250 o visite mywha.org. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad autorizada](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.cuidadodesalud.gov/es/glossary o llamar a 1-800-318-2596 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 | Consulte el cuadro de Eventos Médicos Comunes para sus costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí | Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos cuidados preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No | Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | \$4,500 por Individuo o \$9,000 por Familia por año calendario | El desembolso máximo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros familiares inscritos, cada miembro debe montar su desembolso máximo propio hasta que se cumple con el desembolso máximo total para la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas y cuidado de salud que el plan no cubre | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a proveedor dentro de la red ? | Sí. Consulte mywha.org/directory o llame al 1-888-563-2250 para una lista de proveedores dentro de la red . | Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ? | Sí | Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$15 por visita | No está cubierto | Ninguno |
| | Consulta con un especialista | \$30 por visita | No está cubierto | Se puede requerir preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Atención preventiva/evaluación/ vacunas | Sin cargo | No está cubierto | Es posible que usted pagará por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios sean preventivos. Entonces averigüe lo que pagará el plan . |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | \$15 por visita para la prueba de laboratorio; \$30 por visita para radiografía | No está cubierto | Para pruebas diagnósticas , Se puede requerir preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios Para imágenes, Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$75 por visita | No está cubierto | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en mywha.org/pharmacy | Escala 1 (Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos) | Farmacia: \$7 por receta; Entrega a domicilio: \$14 por receta | No está cubierto | En Retail se permite un suministro de 30 días, o hasta 90 días para medicamentos de mantenimiento; se aplica un copago minorista por suministro de 30 días. La entrega a domicilio permite un suministro de hasta 100 días. Los medicamentos especializados limitados a un suministro de 30 días y deben obtenerse a través de Optum Specialty Pharmacy como se describe en la EOC/DF. Es posible que se requiera preautorización previa. Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Escala 2 (Medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos no preferidos) | Farmacia: \$16 por receta; Entrega a domicilio: \$32 por receta | No está cubierto | |
| | Escala 3 (Medicamentos no preferidos) | Farmacia: \$25 por receta; Entrega a domicilio: \$50 por receta | No está cubierto | |
| | Escala 4 (Medicamentos especializados y otros medicamentos de mayor costo) | 10% coseguro hasta un máximo de \$250 por receta | No está cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | \$75 por visita | No está cubierto | Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Tarifas del médico/cirujano | \$20 por visita | No está cubierto | Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de Emergencias | \$150 por visita (centro); Sin cargo (servicios profesionales) | \$150 por visita (centro); Sin cargo (servicios profesionales) | Costos compartidos del miembro para servicios de emergencia son exonerados si hay admisión. En los centros de cuidados de urgencia , los servicios de un proveedor fuera de la red se cubren solo cuando se obtienen fuera del área de servicio. Se puede requerir preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Transporte médico de emergencia | \$150 por viaje | \$150 por viaje | |
| | Atención de urgencia | \$15 por visita | \$15 por visita | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | \$225 por día, días 1 a 5 | No está cubierto | Se puede requerir preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No está cubierto | Se puede requerir preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$15 por visita (servicios profesionales); Sin cargo (otros servicios de paciente ambulatorio) | No está cubierto | Se requiere preautorización para servicios de salud mental para paciente ambulatorio y centro de tratamiento residencial. Se puede requerir preautorización para servicios de salud mental para paciente internado. Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$225 por día, días 1 a 5 (centro); Sin cargo (servicios profesionales) | No está cubierto | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | No está cubierto | No se aplican costos compartidos para cuidados preventivos, incluyendo atención de rutina prenatal y la primera visita postnatal. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonidos). Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un copago o coseguro . Se puede requerir preautorización para servicios para paciente internado. Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo | No está cubierto | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | \$225 por día, días 1 a 5 | No está cubierto | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | \$20 por visita | No está cubierto | 100 visitas por año calendario. Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Servicios de rehabilitación | \$15 por visita | No está cubierto | Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Servicios de habilitación | \$15 por visita | No está cubierto | Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Atención de enfermería especializada | \$125 por día, días 1 a 5 | No está cubierto | 100 días por periodo de beneficio. Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Equipo médico duradero | 10% coseguro | No está cubierto | Se puede requerir preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin cargo | No está cubierto | Se requiere preautorización . Si no se obtiene la preautorización , es posible que no se paguen los servicios |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo | No está cubierto | Un examen completo cada año (incluso dilatación con indicación médica). |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | No está cubierto | Ninguno. Beneficios de anteojos o lentes de contacto limitado a uno por año civil. |
| | Control dental para niños | Sin cargo | No está cubierto | Ninguno |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Audífonos
- Cuidado dental (adulto)
- Cuidados no urgentes al viajar fuera de los EE.UU.
- Cirugía cosmética
- Cuidado ocular de rutina (adulto)
- Enfermería de servicio privado
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado quiropráctico
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Acupuntura
- Programas de pérdida de peso
- Servicios de aborto
- Cirugía bariátrica

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: el Centro de Ayuda de California del Departamento de Atención de la Salud Administrada, 980 9th Street Suite #500, Sacramento, CA 95814-4275 al 1-888-466-2219 o en www.dmhc.ca.gov, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) formal por cualquier motivo a su [plan](#). Por otro lado, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California al 1-888-446-2219 o al 1-888-877-5378 (TTY), o visite su sitio web en www.dmhc.ca.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para las primas](#) del [plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para las primas](#) del [plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Vea el apéndice para la notificación de la no discriminación y asistencia lingüística.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

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

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista [costo compartido] | \$30 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | \$225 |
| ■ Otros [costo compartido] | \$15 |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Peg pagaría es | \$520 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de un condición bien controlada)

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista [costo compartido] | \$30 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | \$225 |
| ■ Otros [costo compartido] | \$15 |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total hipotético **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$900 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$900 |

Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista [costo compartido] | \$30 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | \$225 |
| ■ Otros [costo compartido] | \$15 |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total hipotético **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$500 |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

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, <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 tinutulongan, 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 تساعدك 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, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយសេរីដោយគ្មាននូវគ្រោះថ្នាក់សំណួរអ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកគ្រូក្រៅជូន 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 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 711