

2026

# Resumen de Beneficios

## Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

California H5649-025-001

Servicio disponible en: Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego

A partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026



# Resumen de Beneficios 2026

## Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) H5649-025-001

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

Central Health Medicare Plan es un plan HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan Central Health Medicare depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la “Evidencia de Cobertura” en [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com).

Para registrarse en **Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)** debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B y vivir en nuestra área de servicios. Además, debe tener diabetes, insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o trastornos cardiovasculares (solo incluye arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico). Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en California: Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, si acude a proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “**Medicare y Usted**” actual. Consúltelo en línea en [Medicare.gov](http://Medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

**¿Tiene preguntas?** Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Medicare Plan al (866) 314-2427, TTY: 711, El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. o visite nuestro sitio web en [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com).

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (25-1)                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Part B.                                                                                                                                                                                                                                                | \$0                                                                     |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sin deducible                                                           |
| <b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b><br>(no incluye medicamentos recetados)                                                                                                                                                                                                                                                | No más de \$799 al año                                                  |
| <b>Internaciones en el hospital*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0 por estadía                                                         |
| <b>Hospitalización para pacientes ambulatorios*‡</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0 - \$75 de copago                                                    |
| <b>Centro de cirugía ambulatoria*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0 de copago                                                           |
| <b>Visitas al médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de atención primaria</li> <li>• Especialistas*</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   | \$0 de copago<br>\$0 de copago                                          |
| <b>Atención preventiva</b><br>Existen otros servicios preventivos disponibles. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la influenza, pruebas de detección para diabéticos, etc.*</li> </ul>                                                                                                                                | \$0 de copago                                                           |
| <b>Atención de emergencia</b><br>El copago se cancela si el paciente es admitido en el hospital o si es admitido nuevamente en la sala de emergencias (ER) en un plazo de 72 horas.                                                                                                                                                       | \$150 de copago                                                         |
| <b>Atención de emergencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0 de copago                                                           |
| <b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/por imágenes*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes de resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CAT])</li> <li>• Radiografías</li> </ul> | \$0 de copago<br>\$0 de copago<br>\$0 - \$75 de copago<br>\$0 de copago |

\* Los servicios pueden requerir autorización.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener información sobre servicios específicos.

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (25-1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Audífonos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición cubierto por Medicare</li> <li>Examen de audición de rutina<br/>Uno por año</li> <li>Adaptación y evaluación de audífonos<br/>Una por año</li> <li>Audífonos</li> </ul>                                                                                                                    | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$49 de copago por audífono para el modelo inicial<br/>\$149 de copago por audífono para el modelo básico<br/>\$449 de copago por audífono para el modelo principal<br/>\$849 de copago por audífono para el modelo preferido<br/>\$1,049 de copago por audífono para el modelo avanzado<br/>\$1,549 de copago por audífono para el modelo prémium</p> <p>Usted recibe 2 audífonos cada 3 años</p> |
| <b>Servicios dentales†*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>Servicios dentales preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen Bucal</li> <li>Radiografías</li> <li>Limpieza</li> <li>Tratamiento con flúor</li> </ul> </li> </ul>                                                                 | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Servicios dentales integrales*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de restauración</li> <li>Endodoncia</li> <li>Periodoncia</li> <li>Prostodoncia removible</li> <li>Prótesis</li> <li>Servicios de implantes</li> <li>Prótesis fija</li> <li>Cirugía bucal y maxilofacial</li> <li>Ortodoncia</li> <li>Servicios generales adicionales</li> </ul> | <p>\$25 - \$400 de copago</p> <p>\$25 - \$720 de copago</p> <p>\$0 - \$780 de copago</p> <p>\$0 - \$600 de copago</p> <p>Sin cobertura</p> <p>\$45 - \$2,160 de copago</p> <p>\$0 - \$840 de copago</p> <p>\$0 - \$380 de copago</p> <p>Sin cobertura</p> <p>\$0 - \$300 de copago</p>                                                                                                                                                                               |

\* Los servicios pueden requerir autorización.

† Pueden aplicarse limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles.

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                            | Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (25-1)                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios para la Visión*†.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</li> <li>Anteojos cubiertos por Medicare</li> <li>Examen de la vista de rutina<br/>Uno por año</li> <li>Asignación de elementos para la vista</li> </ul> | \$0 de copago<br>\$0 de copago<br>\$0 de copago<br>Hasta \$300 por año                                                                                                                                              |
| <b>Servicios de salud mental*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> <li>Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>                                                                                         | \$0 de copago<br>\$0 de copago                                                                                                                                                                                      |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)*</b>                                                                                                                                                                                                                               | \$0 de copago<br>por día para los días del 1 al 20<br>\$217 de copago<br>por día para los días del 21 al 100                                                                                                        |
| <b>Fisioterapia*</b>                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Ambulancia (por tierra)*</b>                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 - \$250 de copago por viaje                                                                                                                                                                                     |
| <b>Ambulancia (por aire)*</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | \$200 de copago por viaje                                                                                                                                                                                           |
| <b>Transporte*</b>                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0 para 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)                                                                                                                        |
| <b>Medicamentos recetados de Medicare Part B *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos para quimioterapia</li> <li>Otros medicamentos de la Parte B</li> <li>Medicamentos de insulina de la Parte B</li> </ul>                                                 | 20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten<br>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten<br>\$0 de copago |

\* Los servicios pueden requerir autorización.

† Pueden aplicarse limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (25-1)

**Deducible de la Parte D**  
(Niveles 2-5)

**\$615**

**Suministro de 31 días para  
medicamentos recetados en  
venta minorista**

**Suministro de 100 días para  
pedidos por correo**

**Insulinas de la Parte D**  
**Nivel 3 – Medicamentos de marca  
preferidos**

**\$35 de copago**

**\$105 de copago**

#### **Cobertura inicial**

Usted permanece en la etapa de Cobertura inicial hasta que los “gastos de bolsillo” (sus pagos) acumulados hasta la fecha alcancen un total de \$2,100

**Nivel 1 – Genéricos preferidos**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Nivel 2 – Genéricos**

**15% del costo**

**15% del costo**

**Nivel 3 – Medicamentos de marca  
preferidos**

**15% del costo**

**15% del costo**

**Nivel 4 – Medicamentos de marca  
no preferidos**

**30% del costo**

**30% del costo**

**Nivel 5 – Nivel de medicamentos  
especializados**

**25% del costo**

**No disponible**

**Nivel 6 – Atención selecta**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

#### **Cobertura Catastrófica**

Usted permanece en la etapa de Cobertura inicial hasta que los “gastos de bolsillo” (sus pagos) acumulados hasta la fecha alcancen un total de \$2,100

En esta etapa, el plan pagará la totalidad de los costos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2026).

Las distribuciones de costos podrían cambiar dependiendo de la farmacia que use y cuando entre a una nueva fase del beneficio de la Parte D.

| Beneficios adicionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (25-1)                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Telesalud 24/7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 - \$40 de copago o \$0 - 20% de coseguro según el tipo de servicio que reciba                                                                                                                  |
| <b>Acupuntura *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura cubierta por Medicare</li> <li>• Acupuntura de rutina</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0 de copago<br>\$0 de copago<br><b>Consultas ilimitadas todos los años.</b>                                                                                                                      |
| <b>Servicios quiroprácticos *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0 de copago                                                                                                                                                                                      |
| <b>Equipo médico duradero (DME)*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0 - 20% de coseguro                                                                                                                                                                              |
| <b>Tarjeta de débito prefinanciada</b><br>Dispondrá de una tarjeta que podrá utilizar en las tiendas minoristas para acceder a todos los beneficios individuales que se indican a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Artículos de venta libre (OTC), incluidos los audífonos de venta libre</b></li> <li>• <b>Asignación para acondicionamiento físico</b></li> </ul> | Hasta \$172 cada 3 meses<br>La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.<br>Hasta \$20 cada mes<br>La asignación que no utilice no se acumulará para el mes siguiente. |
| <b>Membresía en gimnasio *</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0 de copago                                                                                                                                                                                      |
| <b>Asignación para alimentos saludables†*</b><br>Este es un beneficio suplementario especial para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). Para acceder a este beneficio, debe ser diagnosticado con una afección crónica calificada y cumplir con los criterios descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.                                                                | Hasta \$25 todos los meses para alimentos saludables para aquellos miembros con una afección crónica que califique.                                                                                |

\* Los servicios pueden requerir autorización.

† Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.



| Beneficios adicionales                                                                                                                                                                      | Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (25-1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Catálogo de hierbas</b>                                                                                                                                                                  | Los productos del catálogo están cubiertos a través de su asignación para artículos de venta libre (OTC). Estos artículos solo los puede pedir a través de un proveedor del plan aprobado, pero no en una tienda minorista. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.                                                                                                                          |
| <b>Los servicios de comidas para los miembros con una afección crónica que califique*†</b>                                                                                                  | <p>Usted paga \$0 por 14 comidas cada mes durante 1 año (168 comidas en total).</p> <p>Este beneficio solo está disponible para los miembros diagnosticados con una afección crónica que califique. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más información sobre las afecciones crónicas que califican y cómo acceder a este beneficio.</p>                                                                           |
| <b>El programa de comidas en el hogar (para miembros dados de alta o que no pueden salir de casa)*†</b>                                                                                     | <p>Usted paga un \$0 de copago por comida a través del programa de comidas en el hogar.</p> <p>Recibe 2 comidas al día durante 14 días inmediatamente después de la cirugía o la hospitalización, o si un proveedor de atención médica le ordena aislarse en casa durante 14 días debido a un diagnóstico o exposición a COVID-19.</p> <p>Este beneficio está disponible hasta 2 veces por año calendario (56 comidas en total).</p> |
| <b>Tratamiento por opioides*</b>                                                                                                                                                            | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Servicios ambulatorios de tratamiento de abuso de sustancias*</b>                                                                                                                        | <p>20% de coseguro para las visitas de terapia grupal</p> <p>20% de coseguro para las visitas de terapia individual</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Los servicios del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*</b>                                                                                                             | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Atención de emergencia a nivel mundial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de emergencia</li> <li>• Sala de emergencias</li> <li>• Transporte de emergencia</li> </ul> | <p>\$140 de copago</p> <p>Cobertura hasta \$50,000</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

\* Los servicios pueden requerir autorización.

† Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener información sobre servicios específicos.

# Aviso de No Discriminación: Sección 1557

## Central Health Plan



La discriminación va en contra de la ley. Central Health Plan cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles. Central Health Plan no discrimina ilegalmente, ni excluye gente ni la trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Central Health Plan ofrece:

- Asistencia y servicios gratuitos en tiempo y forma para personas con discapacidades a fin de ayudarlas a comunicarse mejor, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados en lengua de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos en tiempo y forma para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Central Health Plan entre las 8:00 a. m. y 8:00 p. m. llamando al 1-866-314-2427. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711. Si lo desea, puede disponer de este documento en sistema Braille, letra grande, casete o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Central Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

**Por teléfono:** 1-866-606-3889. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

### CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que Central Health Plan no brindó estos servicios o que discriminó de manera ilegal de otra manera por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja al Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan entre las 8:30 a. m. y 5:30 p. m. llamando al 1-866-606-3889. O bien si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:  
Central Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802
- En persona: visite el consultorio de su médico o las oficinas de Central Health Plan e indique que desea presentar una queja.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a **Civil.Rights@MolinaHealthcare.com**. También puede visitar el sitio web de Central Health Plan en **MolinaHealthcare.Alertline.com**

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES: CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles de California Department of Health Care Services por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de reclamo están disponibles en **DHCS.ca.gov/Pages/Language\_Access.aspx**.

- **De manera electrónica:** envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES: U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

Puede presentar un reclamo (queja) por derechos civiles si considera que se fue discriminado por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles de U.S. Department of Health and Human Services, ya sea por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamo se encuentran disponibles en **HHS.gov/ocr/office/file/index.html**.

- **De manera electrónica:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

## **Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services**

---

### **English**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

### **العربية (Arabic)**

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

### **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

### **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចឹម សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### **简体中文 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

### **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## **Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan**

### **हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

### **Hmoob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **日本語 (Japanese)**

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

### **한국어 (Korean)**

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນພູມແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

### **Mien**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## **Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan**

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



# ¿Está listo para inscribirse o tiene preguntas?

**Llame al (844) 216-9941, TTY: 711**

Los miembros actuales deben llamar al  
(866) 314-2427, TTY: 711

El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.