**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. Este es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al [1-833-422-4690]. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al [1-866-500-4571] para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuánto es el deducible total?** | Para el Nivel 1: **$2,000** por individuo / **$4,000** por familia; para el Nivel 2: **$2,500** por individuo/**$5,000** por familia. | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general. |
| **¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?** | Sí. La atención preventiva, los servicios de atención primaria, los servicios de especialista y los medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de alcanzar su deducible. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible , pero es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | Sí. **$500** por individuo / **$1,000** por familia para la cobertura de medicamentos con receta médica. No hay otros deducibles específicos. | Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios. |
| **¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?** | Para proveedores participantes: **$12,000** por individuo / **$24,000** por familia. | El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general. |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?** | Las primas y los servicios de atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?** | Sí. Consulte http://www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families o llame al 833-422-4690 para obtener una lista de proveedores dentro de la red. | Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará lo 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 de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| **¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?** | No. | Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación. |

⚠ Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Dentro de la red de nivel 1 - Mejorado (Usted pagará lo mínimo) | De Nivel 2 dentro de la red - Estándar | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si acude al consultorio o clínica del proveedor** | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | $20 por visita. No se aplica el deducible. | $60 por visita. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | El costo compartido se aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención virtual de proveedores de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad. |
| | Consulta con un especialista | $55 por visita. No se aplica el deducible. | $100 por visita. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | El costo compartido se aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención virtual de proveedores de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad. |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo. | Sin cargo. | Sin cobertura. | Pueden aplicarse cronogramas de edad y frecuencia. Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Dentro de la red de nivel 1 - Mejorado (Usted pagará lo mínimo) | De Nivel 2 dentro de la red - Estándar | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si se realiza un examen** | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | $50 por visita para radiografías, $0 por visita para análisis de laboratorio. No se aplica el deducible. | $100 por visita para radiografías, $50 por visita para análisis de laboratorio. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | ——————Ninguna—————— |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | $125 por escaneo. No se aplica el deducible. | $200 por escaneo. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | Es posible que para algunos servicios se necesite autorización previa. Consulte su póliza para obtener más detalles. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Dentro de la red de nivel 1 - Mejorado (Usted pagará lo mínimo) | De Nivel 2 dentro de la red - Estándar | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el 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 [www.Jeffersonhealthplans.com] | Medicamentos genéricos | Por venta minorista/por pedido por correo (suministro de 1 a 30 días) $15 por surtido. No se aplica el deducible para medicamentos con receta médica. | Por venta minorista/por pedido por correo (suministro de 1 a 30 días) $15 por surtido. No se aplica el deducible para medicamentos con receta médica. | Sin cobertura. | Autorización previa, edad y límites de cantidad para algunos medicamentos; límites de días de suministro para venta minorista y pedido por correo. Consulte su póliza para obtener más detalles. Los medicamentos genéricos de bajo costo estarán disponibles a un costo reducido. |
| | Medicamentos de marca preferidos | $75 por surtido. No se aplica el deducible para medicamentos con receta médica. | $75 por surtido. No se aplica el deducible para medicamentos con receta médica. | Sin cobertura. | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sujeto al deducible para medicamentos con receta médica y 50% de coseguro. | Sujeto al deducible para medicamentos con receta médica y 50% de coseguro. | Sin cobertura. | |
| | Medicamentos de especialidad | Sujeto al deducible para medicamentos con receta médica y 50% de coseguro. | Sujeto al deducible para medicamentos con receta médica y 50% de coseguro. | Sin cobertura. | |
| **Si le hacen una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | Sujeto al deducible y $225 por visita. | Sujeto al deducible y $350 por visita. | Sin cobertura. | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. |
| | Tarifas del médico/ cirujano | Sujeto al deducible y 0% de coseguro. | Sujeto al deducible y 20% de coseguro. | Sin cobertura. | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Dentro de la red de nivel 1 - Mejorado (Usted pagará lo mínimo) | De Nivel 2 dentro de la red - Estándar | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | $350 por visita. No se aplica el deducible. | $350 por visita. No se aplica el deducible. | Está cubierto a nivel dentro de la red. | ——————Ninguna—————— |
| | Transporte médico de emergencia | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Está cubierto a nivel dentro de la red. | ——————Ninguna—————— |
| | Atención de urgencia | $55 por visita. No se aplica el deducible. | $100 por visita. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | Sus costos por atención de urgencia se basan en la atención recibida en un centro o establecimiento de atención de urgencia designado. |
| **Si necesita hospitalización** | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sujeto al deducible y $275 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sujeto al deducible y $500 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sin cobertura. | Se requiere autorización previa, o no se pagarán beneficios. |
| | Tarifas del médico/ cirujano | Sujeto al deducible y 0% de coseguro. | Sujeto al deducible y 20% de coseguro. | Sin cobertura. | |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias** | Servicios para pacientes ambulatorios | $55 por visita al consultorio. No se aplica el deducible. | $55 por visita al consultorio. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | ——————Ninguna—————— |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sujeto al deducible y $275 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sujeto al deducible y $275 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sin cobertura. | ——————Ninguna—————— |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Dentro de la red de nivel 1 - Mejorado (Usted pagará lo mínimo) | De Nivel 2 dentro de la red - Estándar | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | $20 por visita. No se aplica el deducible. | $60 por visita. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago. La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sujeto al deducible y 0% de coseguro. | Sujeto al deducible y 20% de coseguro. | Sin cobertura. | ——————Ninguna—————— |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sujeto al deducible y $275 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sujeto al deducible y $500 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sin cobertura. | ——————Ninguna—————— |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Dentro de la red de nivel 1 - Mejorado (Usted pagará lo mínimo) | De Nivel 2 dentro de la red - Estándar | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud** | Atención médica en el hogar | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Sin cobertura. | Limitado a 60 visitas por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. |
| | Servicios de rehabilitación | $65 por visita para fisioterapia y terapia ocupacional, $65 por visita para terapia del habla. No se aplica el deducible. | $100 por visita para fisioterapia y terapia ocupacional, $100 por visita para terapia del habla. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | La terapia del habla de rehabilitación se limita a 30 servicios por período de beneficios. Fisioterapia rehabilitativa y terapia ocupacional rehabilitativa limitadas a 30 servicios combinados por período de beneficios. |
| | Servicios de habilitación | $65 por visita para fisioterapia y terapia ocupacional, $65 por visita para terapia del habla. No se aplica el deducible. | $100 por visita para fisioterapia y terapia ocupacional, $100 por visita para terapia del habla. No se aplica el deducible. | Sin cobertura. | La terapia del habla de habilitación se limita a 30 servicios por período de beneficios. Fisioterapia habilitativa y terapia ocupacional habilitativa limitadas a 30 servicios combinados por período de beneficios. |
| | Atención de enfermería especializada | Sujeto al deducible y $275 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sujeto al deducible y $500 por día. Máximo de 5 copagos por admisión. | Sin cobertura. | Limitado a 120 días por período de beneficio. Se requiere autorización previa, o no se pagarán beneficios. |
| | Equipo médico duradero | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Sin cobertura. | Es posible que para algunos artículos se necesite autorización previa. Consulte su póliza para obtener más detalles. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Sujeto al deducible y 50% de coseguro. | Sin cobertura. | ——————Ninguna—————— |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Dentro de la red de nivel 1 - Mejorado (Usted pagará lo mínimo) | De Nivel 2 dentro de la red - Estándar | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista** | Examen de la vista para niños | Sin cargo. | Sin cargo. | Sin cobertura. | Una (1) visita de refracción por período de beneficios. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo. | Sin cargo. | Sin cobertura. | 3 pares de anteojos (lentes/monturas) o lentes de contacto por año calendario. |
| | Control dental para niños | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos**:

**Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Control dental para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Atención quiropráctica
- Aborto
- Tratamiento de infertilidad (con cobertura solo para inseminación artificial)

**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: Departamento de Seguros de Pensilvania 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 Pennie.gov o llame al [1-844-844-8040].

**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. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con el Plan al [1-833-422-4690].

**¿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 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 primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

**Servicio de acceso a idiomas:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [1-833-422-4690].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [1-833-422-4690].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [1-833-422-4690].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' [1-833-422-4690].]

***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 estos 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** **$2,000**
- **Copago al especialista** **$55**
- **Copago del hospital (establecimiento)** **$275**
- **Otro coseguro** **0%**

**Este EJEMPLO de evento 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 del ejemplo** | **$12,700** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Peg pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |
| Deducibles | $2,000 |
| Copagos | $700 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$2,760** |

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

- **El deducible general del plan** **$2,000**
- **Copago al especialista** **$55**
- **Copago del hospital (establecimiento)** **$275**
- **Otro copago** **$0**

**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 del ejemplo** | **$5,600** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Joe pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |
| Deducibles | $800 |
| Copagos | $600 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$1,420** |

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

- **El deducible general del plan** **$2,000**
- **Copago al especialista** **$55**
- **Copago del hospital (establecimiento)** **$350**
- **Otro copago** **$50**

**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 del ejemplo** | **$2,800** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Mia pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |
| Deducibles | $1,600 |
| Copagos | $900 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$2,500** |

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

Jefferson Health Plans

# Discrimination is Against the Law

Jefferson Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

Jefferson Health Plans does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

Jefferson Health Plans provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Jefferson Health Plans provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact Member Relations at **1-833-422-4690 (TTY 1-877-454-8477).**

If you believe that Jefferson Health Plans has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex gender, gender identity or expression, or sexual orientation, you can file a complaint with:

Jefferson Health Plans
Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Phone: 1-833-422-4690 (TTY 1-877-454-8477)
Fax: 1-215-991-4105

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail, phone or email at:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW.,
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).
**OCRMail@hhs.gov**

Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Jefferson Health Plans is underwritten by Health Partners Plans, Inc., and Partners Insurance Company, Inc., which hold Pennsylvania Licenses as a Health Maintenance Organization, Insurer, and Preferred Provider Organization, Insurer, respectively, and Qualified Health Plan Issuers in the Pennsylvania Health Insurance Marketplace.

Jefferson Health Plans

# Notices of Availability

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-422-4690 (TTY 1-877-454-8477) or speak to your provider.

**Spanish**
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-422-4690 (TTY 1-877-454-8477) o hable con su proveedor.

**Chinese; Mandarin**
注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-422-4690（文本电话：1-877-454-8477）或咨询您的服务提供商。

**Nepali**
सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि गि: शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि नि: शुल्क उपलब्ध छन्। 1-833-422-4690 (TTY 1-877-454-8477) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

**Russian**
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Arabic**
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-422-4690 (1-877-454-8477) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

**Haitian Creole**
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) oswa pale avèk founisè w la.

**Vietnamese**
LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-422-4690 (Người khuyết tật: 1-877-454-8477) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**Ukrainian**
УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) або зверніться до свого постачальника.

**Chinese; Cantonese**
注意：如果您說中文, 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) 或與您的提供者討論。

**Portuguese**
ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) ou fale com seu provedor.

**Bengali**
মনোযোগ দি: দি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

**French**
ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) ou parlez à votre fournisseur.

**Cambodian**
សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Korean**
주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Gujarati**
ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-833-422-4690 (TTY: 1-877-454-8477) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.