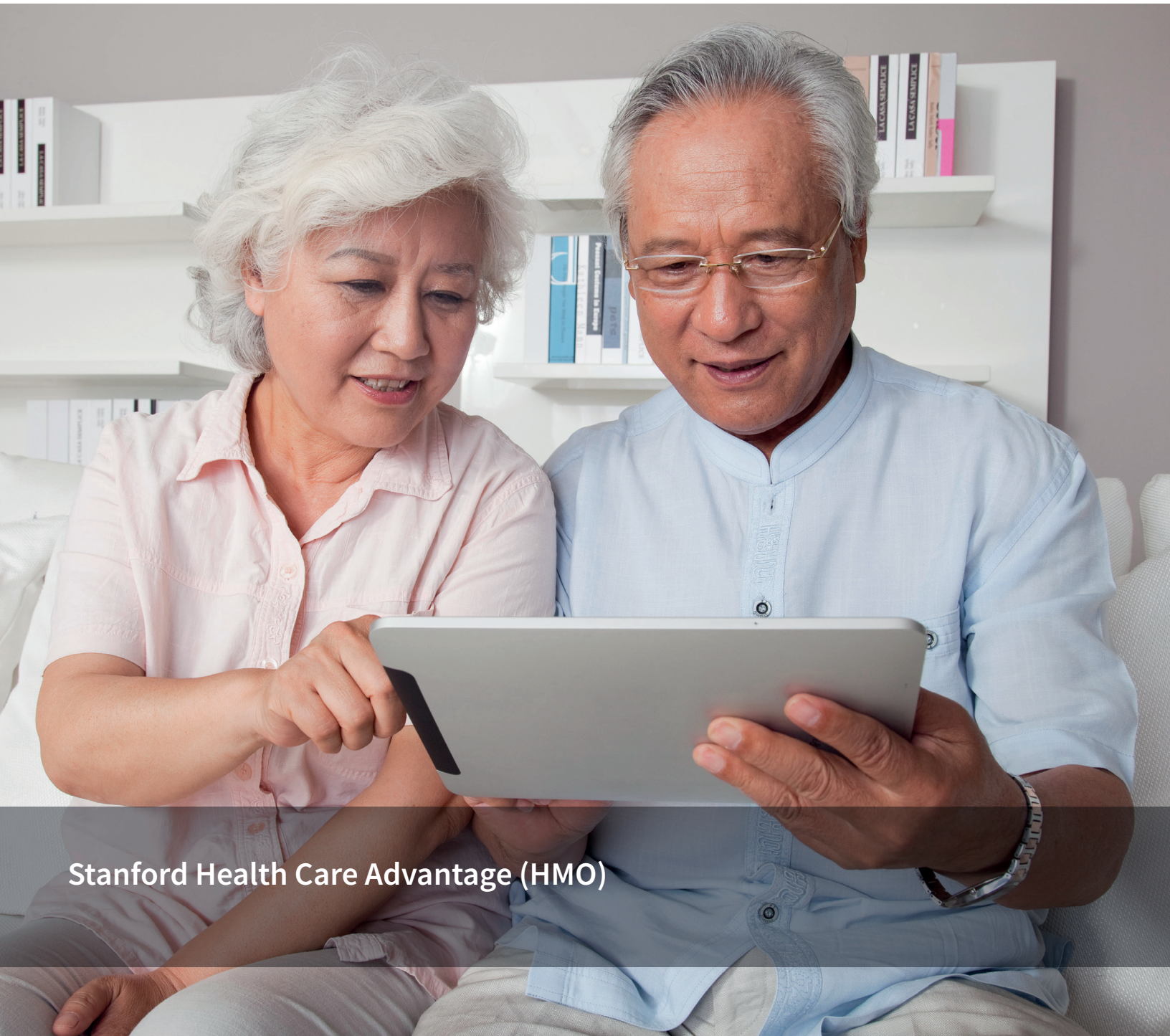
Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

Resumen de beneficios de 2020

Beneficios en vigencia a partir del 1º de enero de 2020

Condados de Alameda, San Mateo y Santa Clara, California



Stanford Health Care Advantage (HMO)

Resumen de beneficios
Stanford Health Care Advantage

Platinum HMO H2986, Plan 001, 004, 006
y Stanford Health Care Advantage Gold HMO H2986, Plan 002, 005, 007

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Stanford Health Care Advantage Platinum (HMO) y Stanford Health Care Advantage Gold (HMO).

Del 1º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Stanford Health Care Advantage (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. La información de beneficios brindada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura".

Para inscribirse en **Stanford Health Care Advantage (HMO)**, debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: **Alameda, San Mateo y Santa Clara**

Stanford Health Care Advantage (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios.

Los servicios marcados con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios marcados con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

	Stanford Health Care Advantage Gold	Stanford Health Care Advantage Platinum
Prima mensual del plan	Condados de Alameda, San Mateo y Santa Clara - $69 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	Condados de Alameda, San Mateo y Santa Clara - $99 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted no paga nada. Este plan no tiene deducible.	No paga nada Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo *(no incluye los medicamentos con receta, los beneficios voluntarios ni la prima del plan)*	$5,900 para servicios que recibe de proveedores de la red El monto máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos para los servicios médicos del año.	$4,900 para servicios que recibe de proveedores de la red El monto máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos para los servicios médicos del año.
Servicios para pacientes internados en un hospital[1]	Copago de $275 por día para los días 1 a 7 Copago de $0 por el resto de la hospitalización Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.	Copago de $275 por día para los días 1 a 7 Copago de $0 por el resto de la hospitalización Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.
Servicios hospitalarios para pacientes externos[1, 2]	Coseguro del 20%	Copago de $240
Consultas en el consultorio del médico		
Primario	Copago de $10	Copago de $10
Especialistas[1, 2]	Copago de $30	Copago de $20

	Stanford Health Care Advantage Gold	Stanford Health Care Advantage Platinum
Atención preventiva	Usted no paga nada. Nuestro plan cubre varios servicios preventivos, como los siguientes: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección cardiovascular • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Pruebas de detección de depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia médica nutricional • Prueba de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco • Vacunas, incluidas vacunas contra la influenza, la hepatitis B y el neumococo • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez) • Consulta anual de “bienestar” Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.	Usted no paga nada. Nuestro plan cubre varios servicios preventivos, como los siguientes: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección cardiovascular • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Pruebas de detección de depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia médica nutricional • Prueba de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco • Vacunas, incluidas vacunas contra la influenza, la hepatitis B y el neumococo • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez) • Consulta anual de “bienestar” Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.

	Stanford Health Care Advantage Gold	Stanford Health Care Advantage Platinum
Atención de emergencia	Copago de $80 No se cobra si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas. Cobertura de emergencia solo en EE. UU. y sus territorios.	Copago de $80 No se cobra si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas. Cobertura de emergencia mundial: fuera de los EE. UU. y sus territorios, la atención de emergencia se cubre con un copago de $80 hasta un máximo de $10,000 por año.
Servicios de urgencia	Copago de $35 No se cobra si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas. Cobertura de emergencia solo en EE. UU. y sus territorios.	Copago de $35 No se cobra si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas. Cobertura de emergencia mundial: fuera de los EE. UU. y sus territorios, la atención de emergencia se cubre con un copago de $35 hasta un máximo de $10,000 por año.
Servicios de laboratorio[1, 2]	Copago de $10	Copago de $10
Servicio de radiología de diagnóstico *(como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)*	Copago de $210	Copago de $210
Pruebas, procedimientos y servicios de radiología de diagnóstico	Copago de $45	Copago de $25
Servicios de radiología terapéutica *(como tratamiento de radiación contra el cáncer)*	20% del costo	20% del costo
Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio	Usted no paga nada. Los audífonos y los exámenes para ajustarlos no tienen cobertura.	Usted no paga nada. Los audífonos y los exámenes para ajustarlos no tienen cobertura.
Servicios odontológicos	Sin cobertura. Los beneficios complementarios opcionales están disponibles por una prima adicional.	Sin cobertura. Los beneficios complementarios opcionales están disponibles por una prima adicional.

	Stanford Health Care Advantage Gold	Stanford Health Care Advantage Platinum
Servicios oftalmológicos	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba de detección anual de glaucoma): Copago de $10 a $20. Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Usted no paga nada. Los beneficios complementarios opcionales están disponibles por una prima adicional.	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba de detección anual de glaucoma): Copago de $10 a $20. Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Usted no paga nada. Los beneficios complementarios opcionales están disponibles por una prima adicional.
Servicios de salud mental[1, 2]		
Pacientes internados	Copago de $270 por los días 1 al 6 Usted no paga nada por los días 7 al 90.	Copago de $270 por los días 1 al 6 Usted no paga nada por los días 7 al 90.
Terapia grupal para pacientes externos	Copago de $20	Copago de $20
Terapia individual para pacientes externos	Copago de $30	Copago de $20
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)[1, 2]	Usted no paga nada por los días 1 al 20. Copago de $150 por día por los días 21 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere hospitalización previa.	Usted no paga nada por los días 1 al 20. Copago de $100 por día por los días 21 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere hospitalización previa.
Servicios de rehabilitación[1, 2]		
Consulta de terapia ocupacional	Copago de $30	Copago de $20
Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje	Copago de $30	Copago de $20
Servicios cardíacos y pulmonares	Copago de $30	Copago de $25
Servicios de ambulancia	Copago de $210	Copago de $200
Beneficio de transporte[1, 2]	Usted no paga nada. 24 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan por año.	Usted no paga nada. 24 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan por año.

	Stanford Health Care Advantage Gold	Stanford Health Care Advantage Platinum
Medicamentos de la Parte B de Medicare[1]	20% del costo por medicamentos para quimioterapia 20% del costo por los demás medicamentos de la Parte B	20% del costo por medicamentos para quimioterapia 20% del costo por los demás medicamentos de la Parte B
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)[1, 2]	Copago de $30 para exámenes y tratamiento para daños de nervios relacionados con la diabetes o determinadas afecciones. El cuidado de rutina de los pies no tiene cobertura.	Copago de $20 para exámenes y tratamiento para daños de nervios relacionados con la diabetes o determinadas afecciones. El cuidado de rutina de los pies no tiene cobertura.
Equipos/suministros médicos[1, 2] **Equipo médico duradero** *(como sillas de ruedas, oxígeno)* **Prótesis** *(como dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales)*	Coseguro del 20% para artículos cubiertos por Medicare	Coseguro del 20% para artículos cubiertos por Medicare
Programa de acondicionamiento físico **Membresía para centro Silver&Fit® o Programa de acondicionamiento físico en el hogar** *(Los servicios ofrecidos que requieren pago adicional no están cubiertos).*	Sin cobertura.	Usted no paga nada. Sin prima adicional.
Consulta de telesalud a médico de atención primaria **Teladoc®** *(Servicios ofrecidos mediante la aplicación Teladoc® en su teléfono inteligente iPhone o Android, mediante Teladoc.com o llamando gratis al 1-800-Teladoc).*	Copago de $10	Copago de $10

	Stanford Health Care Advantage Gold	Stanford Health Care Advantage Platinum
Atención médica a domicilio[1,2]	Usted no paga nada. Para atención médicamente necesaria, si no puede salir de su casa, como lo describe Medicare, lo que incluye: • Atención de enfermería especializada a tiempo parcial • Fisioterapia • Patología del habla/lenguaje • Terapia ocupacional • Servicios médicos y sociales • Servicios de auxiliar de atención médica a domicilio • Suministros médicos	Usted no paga nada. Para atención médicamente necesaria, si no puede salir de su casa, como lo describe Medicare, lo que incluye: • Atención de enfermería especializada a tiempo parcial • Fisioterapia • Patología del habla/lenguaje • Terapia ocupacional • Servicios médicos y sociales • Servicios de auxiliar de atención médica a domicilio • Suministros médicos
Acupuntura *(dentro de la red)*	Sin cobertura.	Copago de $10 (hasta 15 consultas por año)
Atención quiropráctica *(dentro de la red)*[1,2]	Copago de $20 por los servicios cubiertos por Medicare La atención de rutina no tiene cobertura.	Copago de $20 por los servicios cubiertos por Medicare La atención de rutina no tiene cobertura.
Cirugía y servicios para pacientes externos[1,2] *(Centro quirúrgico ambulatorio y hospital para pacientes externos)*	Coseguro del 20%	Copago de $240
Beneficio de comidas posterior al alta[1,2]		
Inmediatamente posterior a la cirugía o a la hospitalización	No paga nada por hasta 28 días, máximo de 56 comidas por año.	No paga nada por hasta 28 días, máximo de 56 comidas por año.
Afección crónica, incluso, entre otros, trastornos cardiovasculares, EPOC o diabetes	No paga nada por hasta 14 días, máximo de 28 comidas por año.	No paga nada por hasta 14 días, máximo de 28 comidas por año.
Suministros para la diabetes[1,2]		
Suministros para el control de la diabetes	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Zapatos terapéuticos o plantillas	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS

Planes Stanford Health Care Advantage Platinum y Gold

Para los miembros de **Stanford Health Care Advantage - Gold**, se aplica un **deducible de $250** en los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5** hasta que llegue al monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

Para los miembros de **Stanford Health Care Advantage - Platinum**, **no** se aplica **deducible**.

Fase 1: Cobertura inicial *(hasta $4,020 de costo máximo de medicamentos con receta)*

	Farmacia minorista Suministro para 30 días	**Farmacia minorista Suministro para 90 días**	**Farmacia preferida con servicio de pedido por correo Suministro para 90 días**
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de $5	Copago de $15	Copago de $10
Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos	Copago de $15	Copago de $45	Copago de $30
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de $47	Copago de $141	Copago de $94
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de $100	Copago de $300	Copago de $200
Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33% (Platinum) Coseguro del 28% (Gold)	No disponible	No disponible
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	Copago de $2	Copago de $6	Copago de $4

Fase 2: Período sin cobertura *(hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen $6,350)*

	Farmacia minorista Suministro para 30 días	**Farmacia minorista Suministro para 90 días**	**Farmacia preferida con servicio de pedido por correo Suministro para 90 días**
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de $5 o 25% el que sea menor	Copago de $15 o 25% el que sea menor	Copago de $10 o 25% el que sea menor
Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 25%	No disponible	No disponible
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	Copago de $2 o 25% el que sea menor	Copago de $6 o 25% el que sea menor	Copago de $4 o 25% el que sea menor

El costo compartido podría cambiar según la farmacia que elija y cuando ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D. Los costos pueden diferir sobre la base del estado o el tipo de farmacia. Para obtener más información, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Fase 3: Cobertura en situaciones catastróficas			
	Farmacia minorista Suministro para 30 días	**Farmacia minorista Suministro para 90 días**	**Farmacia preferida con servicio de pedido por correo Suministro para 90 días**
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de $3.60 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $10.80 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $7.20 o 5%, lo que sea mayor
Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos	Copago de $3.60 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $10.80 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $7.20 o 5%, lo que sea mayor
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de $8.95 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $26.85 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $17.90 o 5%, lo que sea mayor
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de $8.95 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $26.85 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $17.90 o 5%, lo que sea mayor
Nivel 5: medicamentos especializados	Copago de $8.95 o 5% lo que sea mayor	No disponible	No disponible
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	Copago de $3.60 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $10.80 o 5%, lo que sea mayor	Copago de $7.20 o 5%, lo que sea mayor

Servicios complementarios opcionales	
Además de los beneficios incluidos en su plan, puede elegir agregar beneficios complementarios opcionales que ofrecen cobertura de la vista y dental por una prima mensual adicional.	
Prima mensual adicional	$20
VSP	
Examen WellVision	Copago de $25 cada año calendario
Anteojos de prescripción	
• **Montura** (incluida en los anteojos de prescripción)	Asignación de $150 para una amplia selección de monturas cada dos años calendario
• **Lentes** (incluidos en los anteojos de prescripción)	Lentes monofocales, bifocales y trifocales cada dos años calendario
Lentes de contacto (en vez de anteojos)	Asignación de $150 para lentes de contacto cada dos años calendario Copago máximo de $60 por el examen de lentes contacto (ajuste y evaluación) cada dos años calendario
DeltaCare® USA (DHMO)	
• **Servicio preventivo** Exámenes orales iniciales/de rutina, limpieza de dientes, tratamiento con flúor, sellante, radiografías como parte de un examen general, asesoramiento nutricional e instrucciones de higiene oral	Copago de $0
• **Servicios generales** Empastes, anestésicos generales, consulta, tratamiento paliativo de dolor dental	Copago de $0-$125
• **Servicios principales** Coronas, puentes fijos y removibles, dentaduras postizas completas y parciales, cirugía oral, periodoncia, endodoncia	Copago de $5-$445

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-844-205-8422 y hablar con un representante de Servicio al cliente.

Comprensión de los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), en especial aquellos servicios por los que acude a un médico de manera rutinaria. Visite StanfordHealthCareAdvantage.org o llame al 1-855-996-8422 para visualizar una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos a los que acude estén en la red. Si no están mencionados, significa que probablemente tenga que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para obtener algún medicamento con receta se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no está mencionada, probablemente tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas médicas.

Comprensión de normas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Generalmente, esta prima se descuenta de su cheque del Seguro Social mensualmente.
- ☐ Los beneficios, las primas y los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2020.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios por proveedores fuera de la red (médicos que no están enumerados en el directorio de proveedores).

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare y usted). Puede consultarlo en línea en http://www.medicare.gov o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que aparece a continuación o visítenos en StanfordHealthCareAdvantage.org.

Línea gratuita 1-855-996-8422, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico.

Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes (excepto los días feriado), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico.

Puede consultar el directorio de proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web StanfordHealthCareAdvantage.org.

Puede consultar el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web StanfordHealthCareAdvantage.org.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia, y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web StanfordHealthCareAdvantage.org.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Stanford Health Care Advantage es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Stanford Health Care Advantage depende de la renovación del contrato.

La ley prohíbe la discriminación

Stanford Health Care Advantage (HMO) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Stanford Health Care Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Stanford Health Care Advantage:

- Proporciona servicios y ayuda gratuita a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con usted, tales como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de atención para los miembros.

Si cree que Stanford Health Care Advantage no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Member Care Services
P.O. Box 2336, Dublin, CA 94568-9802
1- 855-996-8422
Advantage@stanfordhealthcare.org

Puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, el Servicio de atención para los miembros está a su disposición.

Puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Inglés: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Chino: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Tagalo: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-996-8422 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Armenio: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-996-8422 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Persa: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-996-8422 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-996-8422 (телетайп: 711).

Japonés: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-996-8422（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Árabe:
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 855-996-8422 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Panyabí: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-996-8422 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**

Mon-Khmer, camboyano: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-996-8422 (TTY: 711)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Indi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-996-8422 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Tailandés: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

Stanford Health Care Advantage
P.O. Box 2336
Dublín, CA 94568-9802
www.StanfordHealthCareAdvantage.org

H2986_PD20005_M