




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, 1-844-800-4693 y a www.senderohealth.com. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-844-800-4693 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$8,150/Individual o \$16,300/Familia | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible de la familia en general. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Si. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible | Este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Sin embargo, puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible . Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | Usted no tiene que cumplir con su deducible para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | \$8,150/Individual o \$16,300/Familia | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con su propio límite de su bolsillo hasta que la familia en general fuera de su bolsillo ha llegado al límite. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Primas , cargos de facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ? | Sí. Vea https://senderohealth.com/idealcareng/providers.html o llame al 1-844-800-4693 para una lista de proveedores dentro de la red. | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagara menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |

| | | |
|--|-----|--|
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | Si. | Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si usted tiene la referencia antes de consultar al especialista . |
|--|-----|--|

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|--|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$0 copago | No está cubierto | El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Visita al especialista | \$0 copago | No está cubierto | Una referencia debe ser obtenida de su proveedor de atención primaria antes de ver a un especialista . (OBGYN y los proveedores de comportamiento / abuso de sustancias no requieren una referencia). El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | Sin costo | No está cubierto | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | \$0 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$0 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en http://senderohealth.com/idealcarespanish/file/Formulary.pdf | Medicamentos genéricos | \$0 copago | No está cubierto | Cubre hasta un suministro de 30 días. Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos sin copago . Medicamentos para la fertilidad orales e inyectables están excluidos. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Medicamentos de marcas preferidas | \$0 copago | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | \$0 copago | No está cubierto | |
| | Medicamentos especializados | \$0 copago | No está cubierto | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$0 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$0 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$0 copago | \$0 copago | Copago de servicios de emergencia no se aplicará si es admitido y se aplicará el copago de hospitalización. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Transporte médico de emergencia | \$0 copago | \$0 copago | El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Atención de urgencia | \$0 copago | No está cubierto | El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.senderohealth.com.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p.ej., habitación de hospital) | \$0 copago | No está cubierto | La preautorización es requerida para los servicios. Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$0 copago | No está cubierto | La preautorización es requerida para los servicios. Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios | \$0 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Servicios internos | \$0 copago | No está cubierto | La preautorización es requerida para los servicios. Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$0 copago | No está cubierto | El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Sin cargo por las siguientes visitas prenatales con el mismo |
| | Servicios de parto profesionales | \$0 copago | No está cubierto | |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | \$0 copago | No está cubierto | proveedor o grupo de proveedores por embarazo. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse coseguro , copago o deducible . El cuidado de la maternidad pueda que incluya los exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | \$0 copago | No está cubierto | Limitado a 60 visitas por año. La preautorización es requerida para los servicios. Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Servicios de rehabilitación | \$0 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Servicios de habilitación | \$0 copago | No está cubierto | Habilitación incluye: servicios de autismo, y el plan de referencia no impone la edad o máximos de la cobertura de autismo. Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.senderohealth.com.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Cuidado de enfermería especializada | \$0 copago | No está cubierto | Limitado a 25 visitas por año. La preautorización es requerida para los servicios. Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Equipo médico duradero | \$0 copago | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir preautorización . Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | \$0 copago | No está cubierto | La preautorización es requerida para los servicios. Si usted no obtiene la preautorización , usted puede ser responsable del pago. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | \$0 copago | No está cubierto | Limitada a una (1) visita por año. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Anteojos para niños | \$0 copago | No está cubierto | Limitado a lentes de contacto o 1 par de anteojos (marco y lentes) por año para miembros de 0-21 años de edad. Limitado a final del año del plan en el que se cumpla los 21 años. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |
| | Chequeo dental pediátrico | \$0 copago | No está cubierto | Limitado al último día del mes en que el miembro cumpla 19 años. El copago se aplicara después de que haya cumplido con su deducible . |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Acupuntura
- Atención dental (Adultos)
- Atención rutinaria de los ojos (Adultos)
- Atención que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Cuidado a largo plazo
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Programas para bajar de peso.

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

- Abortos (poner en peligro la vida de la madre, violación o incesto)
- Atención quiropráctica, limitado a 35 visitas por año.
- Atención de rutina para pies limitado al cuidado de los pies en conexión con diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, o insuficiencia venosa o arterial crónica
- Audífonos, limitados a 1 cada 3 años
- Enfermera privada (paciente ambulatorio) si es médicamente necesario
- Infertilidad, limitado a servicios de diagnóstico solamente. Los tratamientos para corregir las afecciones de infertilidad y los servicios como fertilización in vitro e inseminación artificial, están excluidos de la cobertura.

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. Las informaciones de contacto de estas agencias son:

- IdealCare by Sendero Health Plans 1-844-800-4693 o visite www.senderohealth.com
- El Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance): 1-800-578-4677 o visite <http://www.tdi.texas.gov/index.html>
- Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) o <https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>.
- Cuidodesalud.gov <https://www.cuidadodesalud.gov/es/> o llame 1-800-318-2596 o [Mercado de salud](#) del estado o SHOP.

Es posible que también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/> o llame 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: 1-844-800-4693.

- El Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance): 1-800-578-4677 o visite <http://www.tdi.texas.gov/index.html>

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Si

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-800-4693.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-800-4693.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-800-4693.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-800-4693.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,150
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$0
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Prueba diagnóstica](#) (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Costo total hipotético | \$12,800 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Costo compartido | |
| Deducibles | \$8,150 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$8,150 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,150
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$0
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Prueba diagnóstica](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$7,400 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Costo compartido | |
| Deducibles | \$5,500 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$5,500 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,150
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$0
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (incluye materiales médicos)
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
 Servicios de [rehabilitación](#) (terapia física)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$1,900 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Costo compartido | |
| Deducibles | \$1,400 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,400 |

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.

Declaración Contra la Discriminación

IdealCare by Sendero Health Plans, Inc. (IdealCare) cumple con las leyes federales en materia de derechos civiles que están en vigencia, y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

IdealCare proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas que padecen discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- IdealCare proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuya lengua materna no es el inglés, como, por ejemplo:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con IdealCare.

Si cree que IdealCare no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja.

IdealCare by Sendero Health Plans, Attn: Member Advocate, 2028 E. Ben White Blvd. Ste. 400, Austin, TX 78741, Telefono: 1-844-800-4693, TTY: 711, Fax: 512-901-9724, Complaints@senderohealth.com. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el servicio de atención al cliente de IdealCare está disponible para ayudarle.

Usted también puede presentar una queja relacionada con derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica a través del portal de quejas de la oficina de derechos civiles, que se encuentra en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo o telefónicamente 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

| | |
|---------------|--|
| 1. Spanish | Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Sendero Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-800-4693. |
| 2. Vietnamese | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Sendero Health Plans quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-800-4693. |
| 3. Chinese | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入SBM項目的名稱 Sendero Health Plans, 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 1-844-800-4693. |
| 4. Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Sendero Health Plans, 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-800-4693 로 전화하십시오. |
| 5. Arabic | لا ح لوص ف ي لاقح ف يدل ك ، Sendero Health Plans ب خ صوص أ س ئ ةل ت هدعاس صخش ل ند وأ ل يدك ك نانا تالص م مجرت عم ل ل نذحت. تك ل ةف يا ة نود نم ب ل غ كت لا يرورض ة. لاو م ع تامول لام ةدعاس ع بل 1-844-800-4693 ب |
| 6. Urdu | ک و نود نو پات و م نی، ب ے را ک ے Sendero Health Plans ے ل اوس ک و نود نو پا روا ہ نی ہر ے ے ددم ک و ک یس پا گار 1-844-800-4693 ل ے ی، ک ے ک نر ے ب تا ے س ت نامجر ہ ے قح ک اک نر ے اح ل ص م لاع تامو روا ددم م تف م نی بز نا پائین ک یر س ف نو |
| 7. Tagalog | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Sendero Health Plans may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-800-4693. |
| 8. French | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Sendero Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-800-4693. |
| 9. Hindi | यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्तत के Sendero Health Plans के बारे में प्रश्न हैं ,तो आपके पास अपनी भाषा में माफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी धुभाषए से बात करने के धाए , 1-844-800-4693पर कॉधु करें। |

| | |
|--------------|---|
| 10. Persian | که یه براد دار یان قحب اش ديداش مت، Sendero Health Plans دروم رد لاوس، م ی کن دي ک کم واب ه اش که ک ی س ی ا اش، گار ن یام دي اح لصت سام 1-844-800-4693 ن یام دي یرد فافت یار ناگ روطب ه ار دوخ بز نا ب ه تاعل اط او ک کم |
| 11. German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Sendero Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-800-4693 an. |
| 12. Gujarati | જો તમે અથવા તમે કોઇને મદદ કરી રહો છો તેમ જ કોઇને Sendero Health Plans વિશે પ્રશ્નો ઊભી તો તમને મદદ અને મહત્વની માહિતી મેળવવાનો અવકાશ છે. તે અર્થઘટન તમને મદદ કરી શકે છે. દાખલા તરીકે તમે 1-844-800-4693 પર કોલ કરો. |
| 13. Russian | Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Sendero Health Plans то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-800-4693. |
| 14. Japanese | ご本人様、またはお客様の身の回りの方でもSendero Health Plansについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-800-4693までお電話ください。 |
| 15. Laotian | ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີ ອຳນາດກ່ຽວກັບ Sendero Health Plans ທ່ານມີ ສິດທິ ຈຳນວນໜຶ່ງ ທີ່ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍ ຫຼື ອະໄວ້ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ທີ່ເໝາະສົມ ຂອງທ່ານ ບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອ້ນລັກ ກັບ ນາຍພາສາ, ໃຫ້ ໂທ ຫາ 1-844-800-4693. |