

## Acuerdo de servicios individuales y evidencia de cobertura de beneficios de atención oftalmológica

### Precios del Nivel 2 Aplicable en las ubicaciones siguientes

Condado	Ciudad	Direccion	Esta do	Zona Posta l	Telefono de la Clinica	Ubicado Dentro De	Plan A Precio efectivo hasta	Plan B Precio efectivo
Kern	Bakersfield	2601 Fashion Plaza	CA	93306	661-871-8201	Sam's Club	Not Valid	March 4, 2017
Kern	Delano	530 Woollomes	CA	93215	661-721-2642	Walmart	April 30, 2017	May 1, 2017
Kern	Ridgecrest	201 E. Bowman Road	CA	93555	760-371-1932	WalMart	February 16, 2017	February 13, 2017
Los Angeles	West Hills	6433 Fallbrook Avenue	CA	91307	818-703-1410	WalMart	February 26, 2017	February 27, 2017
Riverside	Palm Springs	5601 E. Ramon Road	CA	92262	760-327-5759	WalMart	May 7, 2017	May 8, 2017
San Bern.	Hesperia	13401 Main Street	CA	92345	760-244-3586	WalMart	March 5, 2017	March 6, 2017
San Bern.	Yucca Valley	58501 29 Palms Highway	CA	92284	760-365-7350	WalMart	April 30, 2017	May 1, 2017
San Luis Obispo	Paso Robles	180 Niblick Road	CA	93446	805-237-0275	WalMart	March 12, 2017	March 13, 2017
Santa Barbara	Lompoc	701 W. Central Ave.	CA	93436	805-737-1826	WalMart	April 23, 2017	April 24, 2017
Ventura	Oxnard	2001 N. Rose Avenue	CA	93030	805-983-2568	WalMart	May 7, 2017	May 8, 2017

### **OBSERVE POR FAVOR QUE LAS SITUACIONES SELECCIONADAS TIENENNIVELES DE PRECIOS DIFERENTES**

Haga clic [aquí](#) para seleccionar otra ubicación que se llevará al Acuerdo de  
Servicios Individuales y la Evidencia de Cobertura

FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.  
1202 Monte Vista Avenue, Suite 17  
Upland, California 91786  
(800) 841-2790  
www.firstsightvision.net

**AFILIACIÓN PARA EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL**  
*Precios del Nivel 2*

**ACUERDO DE SERVICIOS INDIVIDUALES Y EVIDENCIA DE COBERTURA DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA**

ESTE ACUERDO DE SERVICIOS INDIVIDUALES Y EVIDENCIA DE COBERTURA CONTIENE TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PLAN DE AFILIACIÓN PARA EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL DE FIRSTSIGHT. EL SOLICITANTE DEBE REVISARLO ANTES DE INSCRIBIRSE. POR FAVOR LÉALO EN SU TOTALIDAD. LAS PERSONAS CON NECESIDADES OFTALMOLÓGICAS ESPECIALES DEBEN LEER DETENIDAMENTE AQUELLAS SECCIONES QUE SE APLIQUEN A ELLOS.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE PLAN, COMUNÍQUESE CON FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC. LLAMANDO AL (800) 841-2790.

**MATRIZ UNIFORME DE COBERTURA DE PLAN DE SALUD Y BENEFICIOS:**

**COPAGOS Y DEDUCIBLES:**

ESTA MATRIZ TIENE EL PROPÓSITO DE AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y CONSTITUYE SOLAMENTE UN RESUMEN. DEBE CONSULTARSE LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DEL PLAN PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

**PLAN A**

**TARIFA DE PREPAGO: \$51.00**

DEDUCIBLES:	NINGUNO
MÁXIMO DE POR VIDA:	NINGUNO
SERVICIOS PROFESIONALES: EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (incluye examen de fondo de ojo con dilatación, según se indique)	\$16.00 de copago
Segundo examen oftalmológico	\$10.00 de copago
Exámenes oftalmológicos posteriores si el optometrista de su plan los considera necesarios.	\$10.00 de copago (por cada examen oftalmológico)

EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO (incluye exámenes de seguimiento para lentes de contacto durante 90 días)	\$38.00 de copago
ESTÁNDAR	\$63.00 de copago
COMPLEJO (gas permeable, tóricos, bifocales)	\$25.00 de copago
Exámenes de seguimiento para lentes de contacto después de 90 días desde la fecha de Evaluación y adaptación de lentes de contacto.	

**PLAN B**

**TARIFA DE PREPAGO: \$67.00**

DEDUCIBLES:	NINGUNO
MÁXIMO DE POR VIDA:	NINGUNO
SERVICIOS PROFESIONALES:	
EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (incluye examen de fondo de ojo con dilatación, según se indique)	Ningún copago
Segundo examen oftalmológico	\$10.00 de copago
Exámenes oftalmológicos posteriores si el Optometrista de su plan los considera necesarios.	\$10.00 de copago (por cada examen oftalmológico)
EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO (incluye exámenes de seguimiento para lentes de contacto durante 90 días)	\$47.00 de copago
ESTÁNDAR	\$47.00 de copago
COMPLEJO (gas permeable, tóricos, bifocales)	\$25.00 de copago
Exámenes de seguimiento para lentes de contacto después de 90 días desde la fecha de Evaluación y adaptación de lentes de contacto.	

**FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.**  
**1202 Monte Vista Avenue, Suite 17**  
**Upland, California 91786**  
**(800) 841-2790**  
**www.firstsightvision.net**

PLAN DE AFILIACIÓN PARA EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL

**ACUERDO DE SERVICIOS INDIVIDUALES Y EVIDENCIA DE COBERTURA DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA**

**Bienvenido a FirstSight Vision Services, Inc.** ("FirstSight" o el "Plan"). Este Acuerdo de servicios individuales y evidencia de cobertura de beneficios de atención oftalmológica (este "Acuerdo") describe los Beneficios de atención oftalmológica disponibles para nuestros Afiliados a FirstSight. Brindamos exámenes oftalmológicos integrales, evaluación y adaptación de lentes de contacto, y exámenes de seguimiento como Servicios cubiertos, en virtud de este Plan de afiliación para examen oftalmológico integral.

Para afiliarse, llame para programar una cita o visite cualquier oficina de FirstSight. Cuando nos entregue su Formulario de inscripción firmado, junto con la Prima requerida, quedará inscrito como Afiliado y puede recibir Beneficios en virtud de este Acuerdo.

Puede recibir una copia de este Acuerdo previa solicitud. Por favor lea detenidamente este Acuerdo, de modo que pueda comprender todas nuestras obligaciones y todas sus responsabilidades.

#### Índice:

Parte 1: Definiciones.....	4
Parte 2: Los beneficios de su afiliación.....	5
Parte 3: Cómo usar sus beneficios.....	7
Parte 4: Tarifas de prepago (Primas).....	8
Parte 5: Copagos y otros cargos.....	8
Parte 6: Qué debe hacer si recibe una factura.....	8
Parte 7: Selección de optometristas: ubicaciones.....	9
Parte 8: Sus responsabilidades.....	9
Parte 9: Nuestras responsabilidades.....	9
Parte 10:Derechos de cancelación y terminación de beneficios.....	10
Parte 11:Procedimientos de reclamación.....	11
Parte 12:Participación en las políticas públicas.....	12
Parte 13:Disposiciones generales.....	12

## **1. Definiciones**

Este acuerdo hace uso de los siguientes términos definidos:

**1.1 ACUERDO:** Este Acuerdo de servicios individuales y evidencia de cobertura de BENEFICIOS DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA para el Plan de afiliación para examen oftalmológico integral.

**1.2 BENEFICIOS y COBERTURA:** Los servicios de salud disponibles para los Afiliados después de su inscripción y en virtud del contrato del Plan.

**1.3 COPAGO:** El costo que debe pagar un Afiliado por el Plan al momento en que se prestan los servicios específicos, cuyo costo es adicional a su Prima. La Sección 2.1 indica los copagos que aplican en virtud de este Acuerdo.

**1.4 EXCLUSIONES:** Aquellos servicios y productos no provistos como Beneficios o Cobertura a los Afiliados.

**1.5 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:** El formulario que usted llena con el fin de afiliarse.

**1.6 LIMITACIONES:** Cualquier disposición que no sea un procedimiento o servicio excluido que restringe su cobertura conforme al Plan.

**1.7 AFILIADO:** Una persona que está inscrita en el Plan y que tiene derecho a recibir Beneficios de atención oftalmológica en virtud de este Acuerdo.

**1.8 PERIODO DE AFILIACIÓN:** El plazo de un año que comienza en la fecha de su inscripción en el Plan y el pago de la Prima requerida, y que termina 365 días más tarde.

**1.9 OPTOMETRISTA DEL PLAN:** Un optometrista acreditado que brinda Beneficios de atención oftalmológica en virtud de este Acuerdo.

**1.10 PRIMA:** La tarifa de prepago anual que usted paga, la cual, cuando es entregada con su Formulario de inscripción, le da derecho a recibir los Beneficios del plan de afiliación que ha elegido.

**1.11 DIRECTORIO DE PROVEEDORES:** Lista de optometristas o ubicaciones del Plan disponibles para usted.

**1.12 OFTALMÓLOGO DE REFERENCIA:** Un oftalmólogo que ha acordado con nosotros recibir referencias de Afiliados por parte de los Optometristas del plan.

**1.13 ÁREA DE SERVICIO:** El área geográfica en la que brindamos o coordinamos los Beneficios de atención oftalmológica en virtud de este Acuerdo.

**1.14 NOSOTROS, NOS y NUESTRO:** Se refiere a FirstSight Visions Services, Inc.

**1.15 USTED y SU:** Se refiere a usted, la persona que es o se convierte en Afiliado.

**2. Los beneficios de su afiliación**

**2.1 Cobertura y principales beneficios.** Como Afiliado, usted tiene derecho a recibir los siguientes beneficios de un Optometrista del plan durante su Periodo de afiliación. Debe recibir cada uno de los productos y servicios de un Optometrista del plan y pagar el copago requerido. El Directorio de proveedores indica la ubicación de las oficinas del Plan.

<b>AFILIACIÓN PARA EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL</b>	<b>PLAN B BENEFICIOS SOLAMENTE</b>
<b>BENEFICIOS</b>	<b>CARGOS ADICIONALES</b>
<b><i>EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL</i></b>	
Usted tiene derecho a que le realicen un examen oftalmológico integral, el cual incluye un examen de fondo de ojo con dilatación ("DFE" por sus siglas en inglés o "dilatación"), si su Optometrista del plan lo considera necesario. La dilatación es el procedimiento de colocarle gotas en los ojos para dilatarlos, con el fin de realizar una evaluación más exhaustiva de la estructura interior del ojo.	Sin copago
Si lo solicita, usted tiene derecho a que le realicen un segundo examen oftalmológico.	\$10.00 de copago
Le pueden realizar exámenes oftalmológicos adicionales si su Optometrista del plan lo considera necesario.	\$10.00 de copago por cada examen oftalmológico adicional.
<b><i>EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO</i></b>	

<b>AFILIACIÓN PARA EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL</b>	<b>PLAN B BENEFICIOS SOLAMENTE</b>
<b>BENEFICIOS</b>	<b>CARGOS ADICIONALES</b>
Usted tiene derecho a una evaluación y adaptación de lentes de contacto dentro de los 90 días de haber realizado su primer examen oftalmológico integral.	\$47.00 de copago para evaluación y adaptación de lentes de contacto estándar. El copago para evaluación y adaptación de lentes de contacto complejos (lentes de contacto de gas permeable, tóricos o bifocales) es de \$47.00.
Le pueden realizar exámenes de seguimiento para lentes de contacto después del término del periodo de 90 días descrito más arriba, si su Optometrista del plan lo considera necesario.	\$25.00 de copago por cada examen de seguimiento para lentes de contacto realizado después del periodo de 90 días.
<b>REFERENCIAS</b>	
Si su Optometrista del plan considera que usted debe consultar con otro proveedor de atención médica, este hará todo lo posible para referirlo a otro proveedor. Esto puede incluir la referencia a un Oftalmólogo de referencia.	Debe pagar todos los servicios que reciba de cualquier otro proveedor de atención médica. Esto incluye todos los servicios que reciba de un Oftalmólogo de referencia.
<b>PRODUCTOS Y SERVICIOS ADICIONALES</b>	
Puede haber productos y servicios adicionales disponibles, previa solicitud, en su oficina de FirstSight. Como Afiliado, usted también tendrá acceso a cualquier promoción FirstSight ofrecida a los Afiliados de su Plan de afiliación.	Los precios varían.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus Beneficios, por favor llámenos al **1-800-841-2790**.

## **2.2 Exclusiones y limitaciones**

(a) **Servicios que no brindaremos.** Su afiliación le da derecho a recibir únicamente los Beneficios descritos más arriba en este Acuerdo. Su afiliación no incluye servicios provistos por un optometrista, oftalmólogo u otro proveedor de servicios profesionales que no sea un proveedor empleado o contratado del Plan y no se le reembolsarán esos servicios. Cualquier servicio o producto adicional no cubierto que su Optometrista del plan pueda recomendarle o que usted pueda solicitar, no forma parte de este plan. Por ejemplo, su afiliación no incluye servicios:

- Para cualquier otra persona que no sea usted;
- Proporcionados antes o después de su Período de afiliación; o
- Que no formen parte de un examen oftalmológico integral, evaluación y adaptación de lentes de contacto o examen de seguimiento, como los siguientes servicios:
  - Para mejorar su percepción visual, su visión binocular o la coordinación de sus ojos;
  - Para tratar una diferencia en el tamaño o la forma de sus imágenes oculares;
  - Para intentar cambiar la forma de la córnea mediante el uso de lentes de contacto, a fin de reducir el error de refracción;
  - Para ayudarlo si tiene visión parcial;

- Para pruebas de oclusión prolongada a fin de ayudar en la atención correctiva especial o un diagnóstico de estrabismo; o
- Para tratamiento médico o quirúrgico de sus ojos, el cual se encuentre legalmente fuera del alcance de la práctica de un optometrista.

Su afiliación le da acceso a otros servicios y productos de FirstSight. Puede elegir comprar esos servicios y productos adicionales, pero usted será responsable de pagar cualquier cargo y tarifa adicionales asociados a ellos.

Nosotros no proporcionaremos, coordinaremos ni pagaremos los servicios de un proveedor de atención médica que no sea un Optometrista del plan. Un Optometrista del plan puede referirlo a otro proveedor de atención médica, incluso un oftalmólogo, pero debe pagar todos los servicios que reciba. Esto incluye servicios que reciba de un Oftalmólogo de referencia.

**2.3 Fechas efectivas de la cobertura.** Nosotros le brindaremos cobertura a partir del día que recibamos su Formulario de inscripción firmado y la Prima anual requerida. Su cobertura durará un año, a menos que este Acuerdo termine antes de esa fecha. La Sección 10 aborda el tema del plazo de este Acuerdo. Si tiene una receta médica para anteojos válida y vigente, su cobertura que le permite comprar materiales o servicios oftalmológicos adicionales continuará hasta por un periodo adicional de un año.

### **3. Cómo usar sus beneficios**

Durante el año por el que pague la Prima requerida, usted tiene derecho a que le realicen un examen oftalmológico integral con dilatación, de ser indicado, una evaluación y adaptación de lentes de contacto y exámenes de seguimiento. Un Optometrista del plan debe realizarle cada examen y usted debe pagar el copago requerido. Cualquier Optometrista del plan debe realizarle un examen y usted debe pagar el copago requerido. El Directorio de proveedores indica las ubicaciones del Plan disponibles para usted.

**3.1 Exámenes oftalmológicos integrales.** Para que le realicen un examen oftalmológico integral (el cual incluye dilatación cuando su Optometrista del plan lo considere necesario), debe programar una cita con un Optometrista del plan. Algunos consultorios permiten la realización de exámenes "sin cita". Sin embargo, por favor entienda que: no podemos garantizar que hayan citas disponibles; y los Afiliados con citas programadas serán atendidos primero. Su Optometrista del plan realizará las evaluaciones y procedimientos requeridos por los estándares de práctica reconocidos profesionalmente.

Si necesita una receta médica para anteojos, su Optometrista del plan le proporcionará una copia de la misma. Usted mismo debe comprarle sus anteojos (marcos y lentes) al proveedor que elija, incluyendo FirstSight. Su Afiliación al plan le permite comprar los marcos, lentes y otros productos en FirstSight a los precios indicados. También puede participar en cualquier promoción que FirstSight pueda ofrecerle a los Afiliados de su Plan de afiliación.

Si lo solicita, usted tiene derecho a que su Optometrista del plan le realice un segundo examen oftalmológico en cualquier momento durante el año. Debe programar una cita con su Optometrista del plan y pagar el copago requerido.

Si su Optometrista del plan considera que usted necesita un examen oftalmológico adicional al primero o al segundo, se lo hará saber. Su Optometrista del plan programará el examen con usted y usted deberá pagar el copago requerido por cada examen oftalmológico posterior. Le pueden realizar exámenes oftalmológicos adicionales si su Optometrista del plan lo considera necesario, según su criterio profesional.

**3.2 Evaluación y adaptación de lentes de contacto.** Para que le realicen una evaluación y adaptación de lentes de contacto, usted debe programar una cita con su Optometrista del plan. Esta evaluación y adaptación de lentes de contacto debe realizarse dentro de los 90 días de haber realizado su primer examen oftalmológico integral. Su Optometrista del plan le realizará las evaluaciones y procedimientos requeridos por los estándares de práctica reconocidos profesionalmente. Usted debe pagar el copago requerido para la evaluación y adaptación de lentes de contacto estándar. Usted mismo debe comprar sus lentes de contacto en FirstSight o en otro proveedor de su elección.

Una vez que haya comprado y recibido sus lentes de contacto, debe ver a su Optometrista del plan. Tiene derecho a que le realicen exámenes de seguimiento para lentes de contacto hasta 90 días después de su evaluación y adaptación iniciales. Debe programar los exámenes de seguimiento con su Optometrista del plan y no se cobrará copago alguno.

Si su Optometrista del Plan considera que usted necesita un examen de seguimiento para lentes de contacto después del periodo de 90 días, se lo hará saber. Su Optometrista del plan programará los exámenes de seguimiento con usted, y usted deberá pagar su copago por cada uno de dichos exámenes realizados después del periodo de 90 días. Le pueden realizar exámenes de seguimiento para lentes de contacto adicionales solo si su Optometrista del plan lo considera necesario, según su criterio profesional.

**3.3 Referencias.** Su Optometrista del plan le informará, según su criterio profesional, si debe consultar a otro proveedor de atención médica. Su Optometrista del plan hará todo lo posible para referirlo a un proveedor adecuado. Si tiene otra cobertura de salud conforme a la cual un médico primario (un "PCP" por sus siglas en inglés) debe referirlo para poder recibir atención, su Optometrista del plan intentará coordinar la referencia a través de su PCP. Si necesita ver a un oftalmólogo y no tiene un PCP, su Optometrista del plan le dará una lista de Oftalmólogos de referencia.

Los Oftalmólogos de referencia han aceptado recibir referencias de los Optometristas del plan. Si tiene una emergencia, ellos han acordado brindar servicios telefónicos las 24 horas del día. Los Oftalmólogos de referencia también han acordado con nosotros que no le cobrarán más de sus tarifas habituales y acostumbradas.

Debe pagar todos los servicios que reciba de cualquier otro proveedor de atención médica. Esto incluye todos los servicios que reciba de un Oftalmólogo de referencia.

**3.4 Segundas opiniones.** Si desea obtener una segunda opinión sobre una receta o referencia realizada por su Optometrista del plan, puede solicitar y realizarse un examen oftalmológico adicional con otro Optometrista del plan. Debe pagar el copago requerido por el examen oftalmológico adicional.

#### **4. Tarifas de prepago (Primas)**

Debe incluir el pago correspondiente a la Prima de un año con su Formulario de inscripción cuando nos lo entregue, pagadero directamente a FirstSight Vision Services, Inc. Usted puede pagar con cheque, en efectivo o con tarjeta de crédito autorizada. Nosotros no cambiaremos el monto de su Prima durante el Periodo de su afiliación de un año.

#### **5. Copagos y otros cargos**

**5.1 Pago de los copagos por Usted.** Usted debe pagarnos el copago que aplique por los servicios o bienes que reciba de su Optometrista del plan en el momento en que los reciba.

**5.2 Pago de otros cargos por Usted.** Usted debe pagar todos los servicios y bienes que no sean los Beneficios cubiertos en virtud de este Acuerdo. Esto incluye el pago de servicios de cualquier otro que no sea un Optometrista del plan, aun si este lo refiere para que reciba esos servicios. Esto también incluye el pago de anteojos (marcos o lentes) o lentes de contacto si su Plan de afiliación no incluye dicho Beneficio. Si su Plan de afiliación tiene un Beneficio de anteojos o lentes de contacto, usted debe pagar cualquier cargo adicional por los marcos, lentes y mejoras no cubiertas como Beneficios que usted pueda elegir.

#### **6. Qué debe hacer si recibe una factura**

Usted debe realizar todos los copagos que apliquen por cualquier servicio que reciba en virtud de este Acuerdo. No debe recibir facturas por ningún otro monto por un Beneficio que usted reciba del Optometrista del plan en virtud de los términos de este Acuerdo. Si recibe una factura y no considera que debe los montos indicados en la misma, por favor envíenosla a:

FirstSight Vision Services, Inc.



1202 Monte Vista Ave., Suite 17  
Upland, California 91786  
Attention: Member Services

**LA LEY DE CALIFORNIA ESTABLECE QUE UN OPTOMETRISTA DEL PLAN NO PUEDE COBRARLE O INTENTAR COBRARLE MONTO ALGUNO QUE UN PLAN DE SALUD LE ADEUDE AL OPTOMETRISTA DEL PLAN.**

**7. Selección de optometristas: ubicaciones**

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE SEPA DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER SUS BENEFICIOS.**

Usted debe recibir sus Beneficios de atención oftalmológica en una oficina de FirstSight o de un Optometrista del plan. Nuestro Directorio de proveedores indica las ubicaciones de FirstSight disponibles para usted. El horario de oficina puede variar según la ubicación. También puede llamarnos al **1-800-841-2790** o **visitar nuestro sitio web** para obtener información sobre ubicaciones y horarios de atención en las oficinas de FirstSight.

Cumpliremos su solicitud de ver a un Optometrista del plan en la medida en que sea posible. Sin embargo, si el Optometrista del plan solicitado no está disponible, lo referiremos a uno que sí lo esté.

Si el contrato de un Optometrista del plan es cancelado, nosotros nos responsabilizaremos por los Beneficios provistos por dicho Optometrista, excepto en el caso de copagos o servicios excluidos. No obstante, usted debe seguir siendo un Afiliado elegible al momento de la cancelación, hasta que finalicen los Beneficios provistos por el Optometrista del plan. Podemos tomar medidas razonables y apropiadas para que otro Optometrista del plan asuma esos servicios.

Los Optometristas del plan incluyen Optometristas miembros del personal y Optometristas de la red. Normalmente, nosotros les pagamos a nuestros Optometristas miembros del personal (empleados) en forma de salarios o por hora. A nuestros Optometristas independientes dentro de la red se les paga una tarifa fija por cada examen oftalmológico que realizan. Nosotros podemos ofrecerles planes de compensación como incentivo a nuestros Optometristas del plan. No pagaremos bonificaciones a persona alguna para negar, reducir, limitar o retrasar la realización de un examen oftalmológico. Si desea obtener más información sobre estos acuerdos, puede solicitarnos información adicional, a nosotros o a su Optometrista del plan.

Nosotros proporcionamos o coordinamos exámenes oftalmológicos únicamente en un área geográfica específica, conocida como nuestra Área de servicio. Todos los Optometristas del plan están ubicados en nuestra Área de servicio.

**8. Sus responsabilidades**

Usted tiene ciertas responsabilidades en virtud del presente Contrato. Debe cumplir todos los términos del presente Acuerdo que le exigen tomar acciones específicas o le prohíben hacerlo. Esto incluye, por ejemplo, pagar la Prima, los copagos y otros cargos que puedan aplicarse. Por favor consulte las Secciones 4 y 5 del presente Acuerdo. Usted también es responsable por cumplir las instrucciones y órdenes del Optometrista del plan con respecto a su atención oftalmológica, incluyendo el seguimiento a cualquier examen o referencia recomendada

**9. Nuestras responsabilidades**

**9.1 Atención oftalmológica.** Si paga su Prima y cumple los términos del presente Acuerdo, le proporcionaremos los servicios o productos de atención oftalmológica acordados.

**9.2 Disposiciones para la renovación.** Nosotros renovaremos este Acuerdo si usted paga su Prima anual y no tenemos causa justificada para hacerlo (cancelación). Podemos cambiar la Prima o los Beneficios al momento de la renovación.

**9.3 Cobertura de emergencia y fuera del horario de atención.** Una "afección médica ocular de emergencia" se refiere a una enfermedad o lesión repentina e imprevista relevante a los ojos, incluyendo dolor significativo, enrojecimiento o visión borrosa. Si experimenta una afección médica ocular de emergencia durante el horario de atención habitual, debe llamar al consultorio del Optometrista del plan para determinar si debe programar una cita o si necesita una referencia al centro de servicios de emergencia más cercano. Debe acudir inmediatamente a la sala de urgencias más cercana si su emergencia ocurre fuera del horario de atención. FirstSight no brinda ni paga atención y servicios de emergencia que no formen parte de las citas que puedan ser programadas con un Optometrista del plan en una de las ubicaciones del Plan durante el horario de atención habitual.

**INSTAMOS A TODOS LOS AFILIADOS A LLAMAR INMEDIATAMENTE AL 911 SI EXPERIMENTAN UNA AFECCIÓN DE EMERGENCIA QUE REQUIERA UNA RESPUESTA DE EMERGENCIA.**

## **10. Derechos de cancelación y terminación de beneficios**

**10.1 Fin de año.** Cuando usted paga su Prima anual, tiene derecho a recibir los servicios o productos asociados a su afiliación, durante su Período de afiliación, con el pago de cualquier copago aplicable. Después de un año, ya no continuará su derecho a recibir estos Beneficios. Al final de ese año, usted debe pagar una Prima anual adicional a fin de renovar su afiliación.

## **10.2 Causa justificada**

**(a) Fraude o engaño en el uso de servicios o instalaciones.** Podemos terminar (rescindir) el presente Acuerdo o rehusarnos a renovarlo si usted participa en fraude o engaño en el uso de los servicios o de las instalaciones que ofrecemos. Esto incluye el permitir a sabiendas tal fraude o engaño por parte de otra persona, incluyendo permitirle a otra persona utilizar su tarjeta de identificación.

**(b) Otra causa justificada.** Nosotros podemos terminar este Acuerdo si:

- (i) Usted no cumple con pagar el copago requerido dentro de los 15 días después de que su Optometrista del plan le indique por escrito el monto adeudado;
- (ii) Su patrón de conducta continuo afecta considerablemente la capacidad del Plan para brindarle servicios a otros pacientes; o
- (iii) Usted amenaza con hacernos daño a nosotros o a cualquiera de los empleados, así como al Optometrista del plan o a cualquiera de sus empleados.

Nosotros le indicaremos mediante aviso por escrito si terminamos este Acuerdo. El aviso establecerá nuestro motivo y la fecha en la que terminará este Acuerdo. En general, el aviso entrará en vigencia 15 días después de enviárselo por correo postal. Podemos hacer que el aviso entre en vigencia en la fecha de envío por correo postal si terminamos este Acuerdo por fraude o engaño en el uso de servicios o instalaciones.

**10.3 Su derecho a terminar su afiliación.** Usted puede terminar su afiliación o cancelar voluntariamente el presente Acuerdo en cualquier momento y por cualquier motivo, notificándonos por escrito su intención de cancelar su afiliación.

**10.4 Efectos de la terminación de este Acuerdo.** Si este Acuerdo se termina por cualquier motivo, nuestra obligación de brindarle o coordinar un examen oftalmológico integral, exámenes oftalmológicos posteriores, evaluación y adaptación de lentes de contacto o exámenes de seguimiento para lentes de contacto terminará en esa fecha. Usted debe pagar todos los exámenes oftalmológicos que le realicen después de esa fecha.

Si usted o nosotros terminamos este Acuerdo, le devolveremos, en un plazo de treinta (30) días, la parte prorrateada de la Prima que pagó, correspondiente a los Beneficios que no ha recibido, descontando cualquier monto que nos adeude. No le devolveremos Prima alguna si nosotros terminamos este Acuerdo por fraude o engaño en el uso de nuestros servicios o instalaciones, o si usted le permite, a sabiendas, a otra persona utilizar su tarjeta de afiliación o participar en fraude o engaño para recibir nuestros servicios.

**10.5 Su derecho a revisión.** Si usted alega que hemos terminado este Acuerdo en base a su condición de salud o su necesidad o requerimientos de exámenes oftalmológicos, puede solicitar una revisión al Director del Departamento de Atención Médica Gestionada. Primero puede presentar una reclamación ante nosotros en virtud de nuestros Procedimientos de reclamación establecidos en la Sección 11, pero no está obligado a hacerlo.

## **11. Procedimientos de reclamación**

Si usted tiene una queja o sugerencia en virtud de este Acuerdo, por favor háganoslo saber, de tal forma que podamos resolverla de inmediato. Esto puede incluir una queja sobre un Optometrista del plan, la calidad de la atención recibida, así como los servicios que no recibió. También puede incluir una queja acerca de una referencia o acerca de cualquier otro asunto que considere importante.

Para comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta, disputa o queja, para presentar una reclamación u obtener un formulario de queja por escrito, por favor llámenos al 1-800-841-2790 o escríbanos a:

**FirstSight Vision Services, Inc.**  
**1202 Monte Vista Avenue, Suite 17**  
**Upland, California 91786**  
**Attention: Member Services**

Trabajaremos con usted para resolver su queja conforme a nuestros procedimientos de reclamación establecidos. Usted puede presentar una reclamación verbal llamando al número de teléfono indicado más arriba. También puede presentar una queja por escrito y enviarla por correo postal o entregarla al Director de Control de Calidad en la dirección indicada más arriba. Puede obtener un formulario en cualquiera de las oficinas de FirstSight o en su sitio web: [www.firstsightvision.net](http://www.firstsightvision.net). El personal en nuestras oficinas principales, en el consultorio de cada optometrista o que atiende el número de teléfono indicado más arriba estará a su disposición para ayudarlo a llenar el formulario.

Nosotros acusaremos recibo de su queja por escrito dentro de los cinco (5) días de recibida y le notificaremos por escrito nuestra resolución dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de recepción de su queja. Agilizaremos nuestra revisión de su queja en los casos que involucren una amenaza inminente y grave para su salud, lo que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, el dolor grave o la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante. Conforme a nuestros procedimientos de revisión agilizada, le brindaremos a usted y al Departamento de Atención Médica Gestionada una declaración escrita sobre la resolución o el estado de su queja en un plazo de tres (3) días posteriores a la fecha en que recibamos la queja.

El Departamento de Atención Médica Gestionada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una reclamación contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan salud al **1-800-841-2790** y utilizar su proceso de reclamación antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamación no le prohíbe posible derecho o recurso legal alguno que pueda estar a su disposición. Si requiere ayuda con una reclamación que involucre una emergencia, una reclamación que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una reclamación que ha permanecido sin resolverse durante más de treinta (30) días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente ("IMR" por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, dicho proceso realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre la cobertura de tratamientos que sean de naturaleza experimental o investigativa, y las disputas sobre el pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también cuenta con un número de llamada gratuita (**1-888-HMO-2219**) y una línea con dispositivo de telecomunicaciones para sordos ("TDD" por sus siglas en

inglés) (1-877-688-9891) para personas con discapacidades auditivas o del habla. El sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, cuenta con formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Puede presentar su queja o reclamación al Departamento para su revisión después de que haya participado en nuestro proceso de reclamación durante por lo menos treinta (30) días. Si su reclamación involucra una amenaza inminente y grave para su salud (lo que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, el dolor grave o la pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal importante), puede presentar la reclamación ante el Departamento sin esperar treinta (30) días. En tal situación, le informaremos de inmediato sobre su derecho de notificarle su queja al Departamento de Atención Médica Gestionada.

## **12. Participación en las políticas públicas**

Hemos establecido un Comité de Políticas Públicas para permitirle a los Afiliados hacer recomendaciones con respecto a las formas en las que podemos asegurar su comodidad, dignidad y conveniencia, así como para mejorar nuestros servicios o atención. El Comité puede revisar la naturaleza, el volumen y la resolución de las quejas que recibimos. Usted puede presentar comentarios comunicándose con nosotros a nuestro número de llamada gratuita. Cualquier cambio sustancial que afecte nuestras políticas públicas le será comunicado a nuestros Afiliados.

## **13. Disposiciones generales**

**13.1 Cancelación de proveedores; ciertos avisos.** Si tiene programada la realización de un examen oftalmológico integral, evaluación o adaptación de lentes de contacto o examen de seguimiento con un Optometrista del plan que ya no se encuentra asociado al Plan al momento de su cita, nosotros le programaremos una cita con otro Optometrista del plan en la misma ciudad.

**13.2 No discriminación.** Nosotros no nos rehusaremos a celebrar el presente Acuerdo, no lo cancelaremos, no rehusaremos su renovación o rechazaremos su restablecimiento, así como tampoco modificaremos sus términos por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, orientación sexual o edad de cualquiera de las partes de este Acuerdo o de cualquier persona que esperamos razonablemente se beneficie del mismo.

**13.3 No habrá rechazo en base a discapacidad física o mental.** No nos rehusaremos a cubrir ni rechazaremos renovar cobertura, limitar el monto, extensión o tipo de cobertura disponible para usted, ni le cobraremos una Prima distinta únicamente debido a una discapacidad física o mental, a menos que se base en principios actuariales sólidos aplicados a experiencias reales o prácticas de suscripción sólidas.

**13.4 Sin excepciones a la cobertura de Medi-Cal.** El presente Acuerdo no establece excepción alguna para otra cobertura cuando la misma tenga derecho a: (i) beneficios de Medi-Cal conforme al Capítulo 7 o Capítulo 8, Parte 3 de la División 9 del Código de Bienestar Público e Instituciones de California; o (ii) beneficios de Medicaid conforme al Subcapítulo 19, Capítulo 7, Título 42 del Código de los Estados Unidos. Este Acuerdo tampoco establece exención alguna para inscripción porque usted tenga derecho a beneficios de Medi-Cal o Medicaid.

**13.5. Disponibilidad de pautas.** Hemos adoptado pautas de práctica, las cuales utilizamos para ayudarnos, así como para ayudar a nuestros Optometristas del plan, a determinar si se necesitan exámenes oftalmológicos adicionales. Nos complacerá brindarle copias de cada pauta de práctica (a usted o a quien usted designe) previa solicitud. Debe enviar su solicitud por correo postal al Departamento de Servicios al Afiliado a la dirección indicada en la Sección 13.8 de este Acuerdo.

**13.6 Naturaleza vinculante del presente Acuerdo y normas relacionadas.** Al celebrar el presente Acuerdo, usted acepta todos sus términos. Usted concuerda que lo siguiente constituye su aceptación a quedar vinculado por el presente Acuerdo: (i) firmar su Formulario de inscripción y entregárnoslo; y (ii) pagarnos la Prima requerida. Podemos adoptar normas y políticas razonables para alcanzar las metas de este Acuerdo. Usted acepta quedar vinculado por aquellas normas y políticas.

**13.7 Tarifa por devolución de cheques.** Si paga su Prima mediante un cheque y el banco nos lo devuelve por cualquier motivo, le cobraremos \$25.00.

**13.8 Avisos.** Cualquier aviso requerido o permitido conforme al presente Acuerdo se considera entregado en la fecha de entrega en el correo postal de los EE. UU., ya sea por servicio certificado o registrado, con acuse de recibo solicitado y franqueo prepagado. Un aviso también se considera entregado en la fecha en la que se entrega personalmente al destinatario.

Le enviaremos avisos a la dirección indicada en su Formulario de inscripción. Usted puede cambiar su dirección mediante aviso por escrito, por lo menos diez (10) días antes que el cambio entre en efecto.

Usted nos enviará los avisos a:  
FirstSight Vision Services, Inc.  
1202 Monte Vista Avenue, Suite 17  
Upland, California 91786  
Attention: Member Services

Nosotros podemos cambiar esta dirección mediante aviso por escrito por lo menos diez (10) antes de que el cambio entre en efecto.

**13.9 Acuerdo en su totalidad.** El presente Acuerdo, junto con su Formulario de inscripción y cualquier cláusula adicional aplicable, constituye el acuerdo en su totalidad entre usted y nosotros con respecto al asunto materia del presente Acuerdo y sustituye todos los acuerdos previos y contemporáneos entre usted y nosotros, ya sean escritos o verbales.

**13.10 Incorporación por referencia.** Su formulario de inscripción y todos los adjuntos al presente Acuerdo, incluyendo cada cláusula adicional y enmienda, se incorporan a modo de referencia al presente Acuerdo.

**13.11 Enmiendas únicamente por escrito.** Este Acuerdo no puede enmendarse ni modificarse en forma alguna excepto por endoso, cláusula adicional o enmienda firmada por nosotros, a menos que se indique expresamente en el presente.

**13.12 Asignación permitida por parte de FirstSight Vision Services, Inc.** FirstSight Vision Services, Inc., a su exclusiva y absoluta discreción puede ceder sus derechos y delegar sus obligaciones en virtud de este Acuerdo a cualquier corporación que controle, sea controlada por, o se encuentre bajo control común de FirstSight Vision Services, Inc., o a cualquier derechohabiente de FirstSight Vision Services, Inc., ya sea por fusión o de otra forma, en la medida permitida en virtud de la Ley de Planes de Servicios de Salud Knox-Keene de 1975 o cualquier ley posterior a ella.

**13.13 Sin cesión de su parte.** Usted no puede ceder sus derechos ni delegar obligación alguna conforme a este Acuerdo sin nuestro consentimiento escrito, excepto según se haya indicado expresamente en el presente.

**13.14 Sucesores y cesionarios.** Todos los términos del presente Acuerdo lo vincularán a usted y a todos sus cesionarios, herederos y representantes personales. Todos los términos del presente Acuerdo nos vincularán a nosotros y a todos nuestros cesionarios y derechohabientes.

**13.15 Terceras partes.** Salvo conforme se haya establecido expresamente de otro modo en el presente Acuerdo, nada de lo aquí contenido creará obligación, estándar de atención y responsabilidad alguna ante cualquiera que no sea usted o nosotros.

**13.16 Encabezados.** Los encabezados utilizados en el presente Acuerdo se proporcionan únicamente para facilidad de referencia y no tendrán efecto alguno sobre la interpretación de cualquiera de las disposiciones de este Acuerdo.

**13.17 Renuncia de responsabilidad.** Cualquier renuncia al cumplimiento de algún término del presente Acuerdo debe realizarse por escrito y estar firmada por la parte que realiza la renuncia. Si usted o nosotros renunciamos al cumplimiento de algún término del presente Acuerdo en cualquier momento, dicha renuncia no constituirá: (a) una renuncia del mismo término en cualquier otro momento; ni (b) una renuncia de algún otro término en cualquier momento.


**13.18 Divisibilidad.** En el caso de que cualquier término del presente Acuerdo se considere inválido o inejecutable conforme a la ley aplicable, los demás términos permanecerán en pleno vigor y efecto sin cambio alguno.

**13.19 Confidencialidad de los registros médicos. EXISTE UN AVISO DESCRIBIENDO NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRESERVACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS DISPONIBLE PARA USTED AL MOMENTO DE SU INSCRIPCIÓN Y EN CUALQUIER OTRO MOMENTO QUE PUEDA SOLICITARLO. EL AVISO TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE EN NUESTRO SITIO WEB.**

**13.20 Ley regente.** El presente Acuerdo estará regido por la ley de California. Estamos sujetos a la Ley de Planes de Servicios de Salud Knox-Keene de 1975, la cual comienza con la Sección 1340 del Código de Salud y Seguridad de California, así como a las Normas emitidas conforme a dicha Ley, las cuales comienzan con la Sección 1300.43, Título 28 del Código de Reglamentos de California. Cualquier disposición que se deba incorporar en el presente Acuerdo por dicha Ley o por esas Normas nos vincularán a nosotros y a usted, ya sea que se indiquen o no en el presente Acuerdo.

**13.21 Donación de órganos.** La donación de órganos le brinda la oportunidad de salvar y mejorar vidas. Por favor considere convertirse en un donante de órganos y tejidos. Puede elegir convertirse en donante llenando un formulario en línea en [www.organdonor.gov](http://www.organdonor.gov) o comunicándose con la Línea directa para donantes de órganos al **1-800-24-DONOR**.

FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.

Por:   
Presidente

**IMPORTANT:** You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in (your language), first call your health plan's phone number at 1-800-841-2790. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

**IMPORTANTE:** Puede obtener la ayuda de un interprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un interprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al 1-800-841-2790. Alguien que habla español puede ayudarlo. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. (Spanish)

**重要提示:** 您與您的醫生或保健計畫交談時，可獲得免費口譯服務。如欲請翻譯員提供口譯，或欲查詢中文書面資料，請先致電您的保健計畫，電話號碼：1-800-841-2790。講粵語或國語人士將為您提供協助。如需更多協助，請致電 HMO 協助中心 1-888-466-2219。(Cantonese or Mandarin)

**هام:** يمكن الحصول على خدمات مترجم مجاناً للتحدث مع طبيبك أو الخطة الصحية، للحصول على مترجم أو طلب معلومات مكتوبة باللغة العربية أولاً اتصل برقم الهاتف الخاص بالخطة الصحية 1-800-841-2790، وسيساعدك شخص يتحدث باللغة العربية، وإذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدة، فاتصل بمركز مساعدة HMO على الرقم 1-888-466-2219. (Arabic)

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ:** Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի կամ առողջապահական ծրագրի հետ՝ օգտվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որևէ վճարի: Թարգմանչի ունենալու կամ հայտնելով գրավոր տեղեկության մասին հարցնելու համար նախ զանգահարե՛ք առողջապահական ծրագրի հետպիտոսահամարով՝ 1-800-841-2790 : Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է անհրաժեշտ, սպաս զանգահարե՛ք Առողջապահական Օժանդակության Կազմակերպության Օգնության Կենտրոն 1-888-466-2219: (Armenian)

**សំខាន់:** លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ដើម្បីនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ។ ដើម្បី ទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬសួរអំពីព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាខ្មែរ សូមលោកអ្នកទូរស័ព្ទទៅកាន់ផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នក តាមរយៈលេខ 1-800-841-2790 ជាមុនសិន ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួបលោកអ្នកបាន ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់អង្គការថែរក្សាសុខភាព (HMO) តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219 ។ (Khmer)

**مهم:** شما می توانید برای گفتگو با پزشک تان یا طرح بهداشتی بطور رایگان یک مترجم را بدست بیاورید. منظور کسب یک مترجم یا تقاضا درباره اطلاعات کتبی بزبان فارسی، اول به این شماره تلفن 1-800-841-2790 به طرح بهداشتی ای زنگ بزنید. کسی که بفارسی حرف می زند می تواند شما کمک کند. اگر شما احتیاج به کمک بیشتری دارید، به این شماره مرکز کمک HMO 1-888-466-2219 تماس بگیرید. (Farsi)

**TSEEM CEEB:** Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho mob los yog nrog lub chaw pab them nqi kho mob rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav nug txog tej ntaub ntawv sau ua lus Hmoob, xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho mob tus xov tooj ntawm 1-800-841-2790. Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntiv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. (Hmong)

**중요:** 의사나 건강 플랜에 이야기할 때 무료로 통역사를 이용할 수 있습니다. 통역사를 이용하거나 한국어로 된 서면 정보에 관해 문의하려면 먼저 건강 플랜 1-800-841-2790 로 전화하십시오. 한국어 구사자가 도와 드릴 수 있습니다. 더 도움이 필요하면 HMO 헬프 센터 1-888-466-2219로 전화하십시오. (Korean)

**ສິ່ງສໍາຄັນ:** ທ່ານສາມາດຫາໃຫ້ແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນການລົມກັບທ່ານພໍ່ ຫລື ແຜນສຸຂະພາບ. ເພື່ອຫາຜູ້ແປພາສາ ຫລື ຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາສາລາວ, ກ່ອນອື່ນໝົດໂທຫາເບີໂທຂອງແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານທີ່ໝາຍເລກ 1-800-841-2790. ຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາລາວຈະຊ່ວຍເຈົ້າໄດ້. ຖ້າຫາກເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມເຕີມໃຫ້ໂທຫາສູນຊ່ວຍເຫລືອ HMO ທີ່ໝາຍເລກ 1-888-466-2219. (Lao)

**ВАЖНО:** Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить переводчика или спросить о наличии печатных материалов на русском языке, позвоните в свой страховой план по телефону 1-800-841-2790. Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону 1-888-466-2219. (Russian)

**MAHALAGA:** Maaari kang kumuha ng isang tagasalín nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-800-841-2790. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang Sentro na Tumutulong ng HMO sa 1-888-466-2219. (Tagalog)

**CHÚ Ý QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể nhận được dịch vụ thông dịch miễn phí khi khám tại bác sĩ hoặc khi liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để nhận được dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt, trước tiên hãy gọi số điện thoại chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số 1-800-841-2790. Sẽ có người nói được tiếng Việt để giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, hãy gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. (Vietnamese)