



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado la prima) se proporcionará por separado. **Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.vivahealth.com/Group/plans/INCA. Para obtener definiciones generales de términos comunes, tales como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-294-7780 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	\$4,750/persona o \$9,500/familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia deberá cubrir su propio <u>deducible</u> personal hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Tiene servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Si. Atención preventiva, la mayoría de los medicamentos y beneficios con un <u>copago</u>.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no ha alcanzado el monto del deducible. Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles para servicios específicos</u> ?	No.	No tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de los gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$7,900/persona o \$15,800/familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos deben cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , <u>cargos por facturación de saldo</u> , atención médica que no cubre este <u>plan</u> y gastos fuera de la red por servicios que no son de emergencia ni urgentes.	Aunque pague estos gastos, no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagaría menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Si. Consulte www.myvivaprovider.com o llame al 1-800-294-7780 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> en la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de contratar sus servicios.
¿Necesita ser <u>referido</u> para ser atendido por un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>referencia</u> .

Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su **deducible**, si es que se aplica un **deducible**.

Evento Médico Común	Servicios Que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$40 <u>copago</u> /visita	No cubierto	No se aplica el <u>deducible</u> . Servicio de telemedicina Teladoc para Atención Primaria/Urgente: \$40 copago/consulta.
	Visita al <u>especialista</u>	\$60 de <u>copago</u> /visita	No cubierto	Servicios quiroprácticos limitados a 25 visitas por año calendario. No se aplica el <u>deducible</u> . Servicio de telemedicina Teladoc para Salud Conductual: \$60 <u>copago</u> /consulta. Asesoramiento de un Nutricionista médico limitado a 6 visitas por Año Calendario con un Nutricionista o Dietista Registrado.
	<u>Atención preventiva</u> / <u>detección temprana</u> / inmunización	Sin cargo	No cubierto	Limitado a los servicios recomendados por las directrices preventivas federales. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Después, compruebe lo que pagará su <u>plan</u> . No se aplica el <u>deducible</u> .
Si se hace una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	40% de <u>coseguro</u> para análisis de laboratorio; \$10 de <u>copago</u> /imagen para las radiografías	No cubierto	También se puede aplicar un <u>coseguro</u> por visita al consultorio o por uso de las instalaciones. Las pruebas genéticas requieren <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. El <u>deducible</u> no se aplica a las radiografías.
	Imagenología (tomografía computarizada/PET, Resonancia Magnética)	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ciertos estudios de imagenología requieren <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> los cubra. Consulte los documentos del <u>plan</u> para obtener más información. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> , visite www.vivahealth.com .	Medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de <u>copago</u> /receta (al por menor); \$12 de <u>copago</u> / receta (pedido por correo)	No cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (al por menor); Suministro para 90 días (pedido por correo). Los anticonceptivos orales genéricos son gratuitos. No se aplica el <u>deducible</u> .
	Medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	\$20 de <u>copago</u> /receta (al por menor); \$43 de <u>copago</u> /receta (pedido por correo)	No cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (al por menor); Suministro para 90 días (pedido por correo). Los anticonceptivos orales genéricos son gratuitos. No se aplica el <u>deducible</u> .
	Medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de patente preferidos y genéricos no preferidos)	\$60 de <u>copago</u> /receta (al por menor); \$150 de <u>copago</u> /receta (pedido por correo)	No cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (al por menor); Suministro para 90 días (pedido por correo). Si hay un genérico disponible, usted paga la diferencia entre el precio del genérico y el de patente, más el <u>copago</u> . Los anticonceptivos orales genéricos y de determinadas marcas son gratuitos. No se aplica el <u>deducible</u> .

Evento Médico Común	Servicios Que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos de Nivel 4 (medicamentos de patente no preferidos y genéricos no preferidos)	\$80 de <u>copago/receta</u> (al por menor); \$200 de <u>copago/receta</u> (pedido por correo)	No cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (al por menor); Suministro para 90 días (pedido por correo). Si hay un genérico disponible, usted paga la diferencia entre el precio del genérico y el de patente, más el <u>copago</u> . Los anticonceptivos orales genéricos y de determinadas marcas son gratuitos. No se aplica el <u>deducible</u> .
	Medicamentos de Nivel 5 (<u>medicamentos especializados</u> y medicamentos no preferidos)	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague los medicamentos. Llame al 1-800-803-2523. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. El <u>deducible</u> se aplica a los medicamentos recibidos directamente de un médico u hospital.
Si se somete a cirugía como paciente ambulatorio	Cargos por el uso de las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> cubra la cirugía ambulatoria. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> cubra la cirugía ambulatoria. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en Sala de Emergencias	\$500 <u>copago</u> /visita	\$500 <u>copago</u> /visita	Limitado a <u>condiciones médicas de emergencia</u> . La atención de seguimiento no está cubierta. Consulte los documentos del <u>plan</u> para obtener más información. No se aplica el <u>deducible</u> .
	Transporte médico de emergencia	40% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Limitado al transporte a un hospital.
	Atención de urgencia	\$40 <u>copago</u> /visita (atención primaria); \$60 <u>copago</u> /visita (centro de <u>atención de urgencias</u>).	\$60 de <u>copago</u> /visita	La cobertura de los proveedores no participantes se limita a la atención fuera del área de servicio de VIVA HEALTH y requiere <u>autorización previa</u> o una <u>referencia</u> de un proveedor participante. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> o la <u>referencia</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. No se aplica el <u>deducible</u> .
En caso de internación en un hospital	Cargos por el uso de las instalaciones (p. ej., habitación en el hospital)	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto excepto por <u>condiciones médicas de emergencia</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> cubra los gastos de admisión, excepto en <u>condiciones médicas de emergencia</u> . Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto excepto por <u>condiciones médicas de emergencia</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> cubra los gastos de admisión, excepto en <u>condiciones médicas de emergencia</u> . Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios.

Evento Médico Común	Servicios Que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si usted necesita servicios de atención de salud mental, salud conductual o servicios de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$60 de <u>copago</u> /visita	No cubierto	Los servicios de Hospitalización Parcial y el Programa Ambulatorio Intensivo requieren <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague la admisión. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. No se aplica el <u>deducible</u> .
	Servicios para Pacientes Hospitalizados	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto excepto por <u>condiciones médicas de emergencia</u>	Requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague la admisión. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$60 de <u>copago</u> /parto	No cubierto	No hay cobertura para los hijos dependientes, excepto para la atención prenatal preventiva. Consulte los documentos del <u>plan</u> para obtener más información. No hay cobertura para el embarazo subrogado. La <u>compartición de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios mencionados en otras secciones del SBC. El <u>deducible</u> no se aplica al <u>copago</u> por visita al consultorio.
	Servicios Profesionales de Alumbramiento/Partos	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	
	Instalaciones de Servicios de Alumbramiento/Parto	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Servicios de atención médica a domicilio	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague la atención médica. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. Limitado a 60 visitas por año calendario
	Servicios de rehabilitación	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague la terapia. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. Limitado a 30 visitas ambulatorias totales por año calendario para terapia física, ocupacional y del habla para servicios de rehabilitación y habilitación combinados y 60 días de hospitalización para rehabilitación.
	Servicios de habilitación	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague la terapia. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. Para diagnósticos médicos, limitado a 30 visitas ambulatorias totales por año calendario para terapia física, ocupacional y del habla para servicios combinados de rehabilitación y habilitación.
	Centro de enfermería especializada	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague la atención médica. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. Limitado a 100 días de por vida.
	Equipo médico duradero	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague el servicio. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios.

Evento Médico Común	Servicios Que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> para que el <u>plan</u> pague el servicio. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , el <u>plan</u> no cubrirá los gastos de dichos servicios. Limitado a 180 días de por vida.
Si su hijo necesita cuidados dentales u oculares	Examen de la vista infantil	\$60 de <u>copago</u> /visita	No cubierto	Limitado a una visita de rutina por año calendario y visitas <u>médicas necesarias</u> por enfermedad o lesión. No se aplica el <u>deducible</u> .
	Anteojos para niño	No cubierto	No cubierto	<u>Servicio excluido</u> .
	Revisión dental infantil	No cubierto	No cubierto	<u>Servicio excluido</u> .

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su Plan por lo general NO cubre (Consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).			
- Acupuntura - Cirugía bariátrica - Cirugía estética (excepto la cirugía reconstructiva necesaria para reparar un trastorno funcional de una enfermedad, lesión o anomalía congénita)	- Atención odontológica (Adultos y Niños) - Audífonos - Tratamiento de infertilidad - Atención médica a largo plazo	- Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. - Servicio de enfermería privada - Programas de pérdida de peso	
Otros Servicios Cubiertos (pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)			
Atención quiropráctica	Cuidado ocular rutinario (Adultos)	Cuidado rutinario de los pies (Solo para diabéticos)	

Sus Derechos para Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform o Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. **Es posible que también tenga otras opciones de cobertura disponibles, incluida la compra de un seguro personal a través del Mercado de Seguros Médicos.** Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Reclamación y Apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan porque le han denegado una reclamación. Esta queja se denomina reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, **comuníquese con:** VIVA HEALTH al 1-800-294-7780, al Departamento de Seguros de Alabama al 334-241-4141, o a la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona Cobertura Mínima Esencial? Si

La Cobertura Mínima Esencial generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado personal, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Mínima Esencial, es posible que no sea elegible para el crédito tributario para la prima.

¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? Si

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para un crédito tributario para la prima que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Accesibilidad Lingüística:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-294-7780 (TTY: 711).

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-294-7780 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Sobre estos Ejemplos de Cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que reciba, los precios que sus proveedores le cobren y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg Va A Tener Un Bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,750
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Coseguro</u> del Hospital (establecimiento)	40%
■ Otro <u>coseguro</u>	40%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios Profesionales de Alumbramiento/Parto
Instalaciones de Servicios de Alumbramiento/Parto
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonido y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Costo Total del Ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$4,750
Copagos	\$70
Coseguro	\$1,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,380

Manejo de la Diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,750
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Coseguro</u> del Hospital (establecimiento)	40%
■ Otro coseguro	40%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo Total del Ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$900
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,380

Fractura Simple de Mía
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,750
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Coseguro</u> del Hospital (establecimiento)	40%
■ Otros <u>costos compartidos</u>	40%/\$500

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*rayos X*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo Total del Ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$1,600
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$2,200

NONDISCRIMINATION AND LANGUAGE ACCESSIBILITY NOTICE

Nondiscrimination Notice:

Discrimination is Against the Law

VIVA HEALTH complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes). VIVA HEALTH does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

VIVA HEALTH:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact VIVA HEALTH'S Section 1557 Coordinator.

If you believe that VIVA HEALTH has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: VIVA HEALTH'S Section 1557 Coordinator, 417 20th Street North, Suite 1100, Birmingham, AL, 35203, 1-800-294-7780, TTY: 711, VIVACivilRightsCoord@uabmc.edu. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, VIVA HEALTH'S Section 1557 Coordinator is available to help you.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Toll-free at: 1-800-368-1019; TDD: 1-800-537-7697

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

Language access, effective communication, reasonable modification, and non-discrimination policies and procedures are available at all VIVA HEALTH offices and at vivahealth.com.

Discrimination Grievance Procedure (under Section 1557 of the Affordable Care Act):

In accordance with Section 1557 of the Affordable Care Act (Section 1557), it is the policy of VIVA HEALTH to not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

This is the grievance procedure for providing prompt and equitable resolution of complaints alleging any action prohibited by Section 1557 and its implementing regulations at 45 C.F.R. Part 92, issued by the U.S. Department of Health and Human Services. Section 1557 and its implementing regulations may be examined at <https://www.federalregister.gov/documents/2024/05/06/2024-08711/nondiscrimination-in-health-programs-and-activities>.

Any person who believes that VIVA HEALTH subjected someone to discrimination prohibited by Section 1557 may file a grievance under this procedure.

It is against the law for VIVA HEALTH to intimidate, threaten, coerce, retaliate, or otherwise discriminate against anyone who files a grievance, or participates in the investigation of a grievance for the purpose of interfering with any right or privilege secured by Section 1557. Section 1557 and its implementing regulations may be examined in the office of VIVA HEALTH's Section 1557 Coordinator at 417 20th Street North, Suite 1100, Birmingham, AL, 35203.

Procedure:

- Grievances must be submitted to the Section 1557 Coordinator within 60 days of the date the person filing the grievance becomes aware of the alleged discriminatory action.
- Grievances must be submitted in writing to:

ATTN: VIVA HEALTH Section 1557 Coordinator
417 20th Street North, Suite 1100
Birmingham, AL 35203, or

(by fax or email): 205-449-7626, or VIVACivilRightsCoord@uabmc.edu

- A grievance should contain the name and contact information of the person filing it as well as the alleged discriminatory action and alleged basis (or bases) of discrimination, the date the grievance was filed, and any other pertinent information.
- When a grievance includes allegations that would violate Section 1557, the Section 1557 Coordinator (or their designee, if applicable) shall investigate the grievance. This investigation may be informal, but it will be thorough, affording all interested persons an opportunity to submit evidence relevant to the grievance.
- VIVA HEALTH shall inform an individual that they have a right to reasonable modifications in the grievance procedure if needed.
- The Section 1557 Coordinator must keep confidential the identity of an individual who has filed a grievance under this part except as required by law or to carry out the purposes of this part, including the conduct on any investigation, including to investigate the grievance.
- VIVA HEALTH will issue to the person who filed the grievance a written decision on the grievance no later than 30 days after the date VIVA HEALTH receives the grievance. The decision shall include the resolution date and a notice to the complainant of their right to pursue further administrative or legal remedies.
- VIVA HEALTH will maintain the files and records relating to such grievances for at least three years from the date VIVA HEALTH resolves the grievance.

The person filing the grievance may appeal the written decision by writing to the Chief Administrative Officer within 15 days of the date of the notification of the decision. The Chief Administrative Officer shall issue a written decision in response to the appeal no later than 30 days after VIVA HEALTH receives the appeal.

VIVA HEALTH, through the Section 1557 Coordinator, will make appropriate arrangements to ensure that individuals with disabilities and individuals with limited English proficiency are provided reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, respectively, if needed to participate in this grievance process. Such arrangements may include but are not limited to providing these services in a timely manner and without cost to individuals being served to ensure that individuals have an equal opportunity to participate in the grievance process.

The availability and use of this grievance procedure does not prevent a person from pursuing other legal and administrative remedies, including filing a complaint of discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in court or with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. A person can file a complaint of discrimination electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, which is available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Toll free at: 1-800-368-1019; TDD: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Such complaints must be filed within 180 days of the date of the alleged discrimination.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services:

English (English)

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-294-7780 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-294-7780 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

中文 (Traditional Chinese)

注意：如果您說中文 (Chinese)，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-294-7780 (TTY : 711) 或與您的提供者討論。

中文 (Simplified Chinese)

注意：如果您說中文 (Chinese)，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-294-7780 (文本电话：711) 或咨询您的服务提供商。

한국어 (Korean)

주의: 한국어 (Korean) 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-294-7780(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt (Vietnamese), chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-294-7780 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية (Arabic)، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-294-7780 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch (German) sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-294-7780 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français (French), des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-294-7780 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી (Gujarati) બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-294-7780 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Tagalog (Tagalog)

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-294-7780 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-294-7780 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ລາວ (Lao)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ (Lao), ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-294-7780 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский (Russian), вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие

вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-294-7780 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você fala português (Portuguese), serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-294-7780 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Türkçe (Turkish)

DİKKAT: Türkçe (Turkish) konuşuyorsanız, ücretsiz dil yardım hizmetleri sizin için mevcuttur. Erişilebilir formatlarda bilgi sağlamak için uygun yardımcı araçlar ve hizmetler de ücretsiz olarak mevcuttur. 1-800-294-7780 (TTY: 711) numarasını arayın veya sağlayıcınızla görüşün.

日本語 (Japanese)

注：日本語(Japanese)を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-294-7780（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。