



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios cubiertos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima¹) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-252-8039 o visite www.healthselectoftexas.com. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en www.cms.gov o llame al 1-800-252-8039 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general? | \$200 Individual/\$600 Familiar | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe cumplir con el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar. |
| ¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <u>deducible</u> ? | Sí. Los <u>servicios preventivos</u> , la atención médica en el hogar, los cuidados paliativos y la enfermería especializada tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios preventivos cubiertos</u> en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | Sí. \$50 por gastos para medicamentos recetados por persona y \$200 por servicio para ciertos servicios sin autorización previa. | Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios. |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | En la red ¹ : \$6,750 Individual/\$13,500 Familiar Fuera de la red: Sin Límite Límite del Coseguro: \$3,000 individual | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Contribuciones ² , cargos de <u>facturas con saldo adicional</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ? | Sí. Consulte en www.healthselectoftexas.com o llame al 1-800-252-8039 para obtener una lista de <u>proveedores</u> que forman parte de la red. | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una <u>factura</u> de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ? | No, no se requiere de <u>referidos</u> para ver a un <u>especialista</u> . | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> . |

¹ Los límites de gastos de bolsillo según este plan se reinician cada año calendario. El límite de gastos de bolsillo de la red que aplica para este plan del 1/9/2019 al 31/12/2019 es \$6,650 per persona y \$13,300 por familia

² Según este plan, el pago de su cobertura de gastos médicos se conoce como contribución en lugar de prima.



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (usted pagará más) | |
| Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica | Consulta de atención médica básica para tratar una enfermedad o herida | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención médica preventiva/evaluaciones/vacunaciones</u> | Sin cargo | 30% de <u>coseguro</u> | Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . |
| Si tiene que hacerse una prueba | <u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselectoftexas.com.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (usted pagará más) | |
| Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta está disponible en www.healthselectoftexas.com . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$10 de <u>copago</u> (no de mantenimiento), \$10 de <u>copago</u> (de mantenimiento); \$30 de <u>copago</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) | \$10 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (no de mantenimiento) \$10 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (mantenimiento); \$30 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido o no preferido, usted pagará el <u>copago</u> para medicamentos genéricos más la diferencia de costos entre el medicamento de marca preferido o no preferido y el medicamento genérico. |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | \$35 de <u>copago</u> (no de mantenimiento), \$45 de <u>copago</u> (de mantenimiento); \$105 de <u>copago</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) | \$35 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (no de mantenimiento) \$45 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (mantenimiento); \$105 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) | |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | \$60 de <u>copago</u> (no de mantenimiento), \$75 de <u>copago</u> (de mantenimiento); \$180 de <u>copago</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) | \$60 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (no de mantenimiento) \$75 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (mantenimiento); \$180 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) | |
| | <u>Medicamentos especializados</u> | Si se adquieren en una farmacia, los medicamentos especializados tienen cobertura como medicamentos de marca preferidos o no preferidos según se indica arriba. De lo contrario, tiene cobertura como beneficio médico. | Si se adquieren en una farmacia, los medicamentos especializados tienen cobertura como medicamentos de marca preferidos o no preferidos según se indica arriba. De lo contrario, tiene cobertura como beneficio médico. | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido o no preferido, usted pagará el <u>copago</u> para medicamentos genéricos más la diferencia de costos entre el medicamento de marca preferido o no preferido y el medicamento genérico. |
| Si requiere una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía) | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselectoftexas.com.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (usted pagará más) | |
| | ambulatoria) Honorarios del médico/cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si requiere atención médica inmediata | <u>Atención de la sala de emergencias</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> no se aplica el <u>deducible</u> anual | Si visita una <u>sala de emergencias</u> independiente <u>que no forma parte de la red</u> y no esté afiliada a un hospital, y usted puede ser reponsable por la <u>factura con saldo adicional</u> . |
| | <u>Transporte médico para casos de emergencia</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> no se aplica el <u>deducible</u> anual | Ninguna |
| | <u>Atención médica inmediata</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si tiene una estadía en un hospital | Arancel del hospital (p. ej. habitación) | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias | Servicios para pacientes no hospitalizados | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | 30% de <u>coseguro</u> | Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | 30% de <u>coseguro</u> luego de la visita inicial. Sin cargo después de la visita inicial | 30% de <u>coseguro</u> | |
| | Servicios de parto/nacimiento en el centro | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (usted pagará más) | |
| Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas | <u>Atención médica en el hogar</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> anual, 30% de <u>coseguro</u> para terapia de infusión en el hogar | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> anual, 30% de <u>coseguro</u> para terapia de infusión en el hogar | Máximo de 100 consultas a proveedores <u>que no forman parte de la red</u> por año calendario por persona. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Servicios de recuperación de las habilidades</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> anual | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> anual | Ninguna |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | El límite es de una reparación o reemplazo por persona cada 3 años a no ser que haya un cambio en la condición o en el estado físico. |
| | <u>Atención médica para pacientes terminales</u> | 30% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> anual | 30% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> anual | Ninguna |
| Si su hijo necesita servicios dentales u oculares | Examen de la vista para niños | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | El límite es un examen de rutina por año calendario por persona. Un examen de agudeza visual de <u>atención preventiva</u> cubierto con un <u>proveedor</u> contratado. |
| | Anteojos para niños | No cubierto | No cubierto | Ninguna |
| | Chequeo dental para niños | No cubierto | No cubierto | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Anteojos y lentes de contacto
- Artículos para la comodidad personal
- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado de rutina de los pies
- Servicios educativos, sin incluir los Programas para el Manejo Personal de la Diabetes.
- Tratamiento de infertilidad

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).

- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica
- Audífonos (limitado a \$1,000 por oído por período de 36 meses) Los menores elegibles, de 18 años o menos, no están sujetos al máximo de \$1,000 para audífonos
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Programas de pérdida de peso (limitado a ciertos programas. Ver el Documento del plan de beneficios principal para obtener los detalles sobre los programas cubiertos)
- Servicio de enfermería privado

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan HealthSelect of Texas al 1-800-892-2803, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por una denegación de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, los documentos de su plan proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-252-8039 o visitar www.healthselectoftexas.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.texashealthoptions.com.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago al momento de presentar su declaración anual de ingresos a menos que califique para una exención del requisito de que usted cuenta con cobertura médica durante ese mes.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el estándar de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-252-8039.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-252-8039.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-252-8039.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-252-8039.

—————Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección. —————

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de cuidado prenatal en la red y parto en un hospital)

- **Deducible general del plan** \$200
- **Copago del especialista** \$0
- **Coseguro del hospital (centro)** 30%
- **Otro coseguro** 30%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,800

En este ejemplo, Peg debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$200 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$3,000 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que debe pagar Peg es | \$3,200 |

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina en la red para la enfermedad bien controlada)

- **Deducible general del plan** \$200
- **Copago del especialista** \$0
- **Coseguro del hospital (centro)** 30%
- **Otro coseguro** 30%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluye información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$7,400

En este ejemplo, Joe debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$200 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$2,200 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que debe pagar Joe es | \$2,400 |

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

- **Deducible general del plan** \$200
- **Copago del especialista** \$0
- **Coseguro del hospital (centro)** 30%
- **Otro coseguro** 30%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo \$1,900

En este ejemplo, Mia debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$200 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$500 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que debe pagar Mia es | \$700 |



BlueCross BlueShield of Texas

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To speak to an interpreter, call the customer service number on the back of your member card. If you are not a member, or don't have a card, call 855-710-6984.

| | |
|--------------------------|--|
| العربية Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضوًا، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984. |
| 繁體中文 Chinese | 如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。 |
| Français French | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984. |
| Deutsch German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an. |
| ગુજરાતી Gujarati | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો. |
| हिंदी Hindi | यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें। |
| 日本語 Japanese | ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、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、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。 |
| 한국어 Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오. |
| ລາວ Laotian | ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໃດໆບໍ່ມີຄ່າ. ເພື່ອຕົວກັບພາສາແປພາສາ, ໃຫ້ໃບຫາດັບຢ່າງບໍ່ມີຄ່າການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ມີຄຳຖາມຫຼືບັນດາສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໃບຫາດັບ 855-710-6984. |
| Diné Navajo | T'áá ni, éí doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'idílkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá nílk'e níká a'doolwol. Ata' halne'í bich'i' hadeesdzih nínízingo éí kwe'é da'iníishgi áká anídaalwo'ígíí bich'i' hodíílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'écégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíílnih 855-710-6984. |
| فارسی Persian | اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوآلی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید. |
| Русский Russian | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984. |
| Español Spanish | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984. |
| Tagalog Tagalog | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984. |
| اردو Urdu | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt Vietnamese | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984. |

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Brindamos servicios y asistencia gratuita de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten ayuda con el idioma.

No discriminamos en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita para la comunicación o con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que no brindamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una reclamación.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hsc.net

Usted puede presentar una queja sobre derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>