



El documento del Resumen de Beneficios y de 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 de atención médica incluidos. **NOTA:** La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) 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 1-877-213-1086 o visite [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com). Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316\\_508.pdf](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf) o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$2,450 Individual/\$6,550 Familiar <u>Fuera de la red</u> : \$4,000 Individual/\$12,000 Familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>profesionales de la salud</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 la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general familiar antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> tiene cobertura antes de alcanzar el <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 de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios de prevención</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$6,550 Individual/\$13,100 Familiar <u>Fuera de la red</u> : \$13,000 Individual/\$26,000 Familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. 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 gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>profesional de la salud que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a> o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>profesional que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una <u>factura de un profesional de la salud</u> por la diferencia entre el cargo del <u>profesional de la salud</u> y lo que paga el <u>plan</u> ( <u>factura con saldo adicional</u> ). Tenga en cuenta que su <u>profesional de la salud que forma parte de la red</u> puede usar un <u>profesional de la salud que no forma parte de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>profesional de la salud</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . No hay cargo por vacunas para niños <u>fuera de la red</u> desde el nacimiento hasta el día del sexto cumpleaños.
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a>	Medicamentos genéricos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	La venta en farmacia cubre un suministro de 30 días. Con la receta médica adecuada, está disponible un suministro de hasta 90 días. La entrega a domicilio cubre un suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Puede requerirse el pago de la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico, si un medicamento genérico está disponible.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Los medicamentos preventivos están cubiertos en el <u>copago/coseguro</u> correspondiente para medicamentos genéricos y de marca. No se aplica el <u>deducible</u> para determinados medicamentos preventivos. Para obtener una lista de estos medicamentos con receta, comuníquese con Servicio al Cliente.
	<u>Medicamentos especializados</u>	50% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Los <u>medicamentos especializados</u> se deben obtener de un <u>proveedor</u> de farmacia de medicamentos especializados que <u>forma parte de la red</u> . Medicamentos especializados en locales comerciales limitados a un suministro de 30 días. La entrega a domicilio no está cubierta.
<b>Si requiere una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
<b>Si requiere atención médica inmediata</b>	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Transportación terrestre y aérea cubierta.
	<u>Atención médica inmediata</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
<b>Si tiene una estadía en un hospital</b>	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa del 50% por <u>servicios sin autorización previa fuera de la red</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes no hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener información. Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Servicios para pacientes internados	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa del 50% por servicios sin autorización previa fuera de la red.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa del 50% por servicios sin autorización previa fuera de la red.
<b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Limitada a 100 consultas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Limitado a 60 consultas combinadas por año calendario para todas las terapias. Incluye, entre otras, terapia ocupacional, física y manipulativa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Limitada a 100 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
<b>Si su hijo necesita servicios dentales u oculares</b>	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com).

## Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

### 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
- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies
- Enfermería de servicio privado
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento para la infertilidad

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

- Atención quiropráctica (limitada a 20 consultas por año)
- Audífonos (limitado a 1 por oído por un período de 36 meses; solo se proporciona cobertura hasta los 18 años)

**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 al 1-877-213-1086, 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](http://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](http://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 Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de seguros, visite [www.HealthCare.gov](http://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 un rechazo 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 1-877-213-1086 o visitar [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.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](http://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](http://www.texashealthoptions.com).

### ¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener crédito fiscal para las primas.

### ¿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 de seguros.

### Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-213-1086.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-213-1086.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-877-213-1086.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-213-108

*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 profesional de la salud y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a 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)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,450
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

#### 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)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,450
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,000
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$4,510</b>

### Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina en la red para la afección bien controlada)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,450
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,450
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$600
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$3,070</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,450
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

#### 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 (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,450
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$70
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$2,520</b>





# 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 تساعد أسئلة، فليك 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 ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໃດໆບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອໂຕ້ວາງຄຳຖາມຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໃບທາງເບື້ອງຂອງບັດ ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ມີຄຳຕົວຢ່າງດັ່ງນີ້: ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໃບທາງເບື້ອງ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ní, éí doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'ídlílkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá nílk'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'i' hadeesdzih nínízingo éí kwe' é da'íníishgi áká anídaalwo'ígíí bich'i' hodíílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'écégóó éí doodago bee nééhózinigíí ádingo kojí' hodíílnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالاتی 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.**

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística.  
No discriminamos en función de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

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

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

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@hcsc.net](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 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>