




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 1-800-730-8445 o visite <https://policy-srv.box.com/s/i6o18tv4xe8m76ls5bm07fng4h5epgf>. 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 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? | Dentro de la red: \$6,000 Individual/\$12,000 Familiar Fuera de la red: \$12,000 Individual/\$24,000 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 plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe cumplir con el <u>deducible</u> general familiar antes de que el plan comience a <u>pagar</u> . |
| ¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ? | Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> tiene cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> . | Este plan 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 plan cubre ciertos <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿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 plan? | Dentro de la red: \$6,500 Individual/\$13,000 Familiar Fuera de la red: \$13,000 Individual/\$26,000 Familiar El <u>deducible</u> anual y el monto máximo de los <u>gastos de bolsillo</u> anuales no pueden superar, en conjunto, la suma de \$7,350 por cada miembro de la familia. | El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, se debe alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ? | Primas, cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este plan 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>profesional de la salud que forma parte de la red</u> ? | Sí. Consulte en www.bcbsil.com/licensees o llame al 1-800-730-8445 para obtener una lista de <u>proveedores</u> que forman parte de la red. | Este plan usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la red del plan. Pagará más si usa un <u>proveedor</u> que no forma parte de la red, 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 plan (<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 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 de la salud 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 | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> por consulta virtual, se aplica el <u>deducible</u> . Consulte su certificado de beneficios para obtener detalles. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | 30% 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> . |
| Si tiene que hacerse una prueba | <u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguno |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se recomienda la aprobación previa de los procedimientos de alto costo/alta tecnología. |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en <https://policy-srv.box.com/s/j6o18tv4txe8m76ls5bm07fng4h5epgf>.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|---|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos) | Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más) | |
| Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura para medicamentos con receta disponible en www.express-scripts.com/mcdonalds . También puede llamar al 1-877-783-2268 La cobertura de medicamentos con receta es emitida por Fidelity Security Life Insurance Company. | Medicamentos genéricos | 30% de coseguro luego de alcanzar el deducible en locales comerciales | Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de reclamación a Express Scripts (ESI) | Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamento con receta en locales comerciales) y un suministro de hasta 90 días en entrega a domicilio (Express Script o Walgreen's). Los copagos de medicamentos preventivos son de "\$0.00". |
| | Medicamentos de marca preferidos | 30% de coseguro luego de alcanzar el deducible en locales comerciales | Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de reclamación a Express Scripts (ESI) | Después de dos entregas de medicamentos de mantenimiento, el miembro debe obtener la receta para un suministro de 90 días en entrega a domicilio. El coseguro de entrega a domicilio es 30%. Ciertos medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accredo (una división de la farmacia de ESI para medicamentos especializados) para todas las entregas de su medicamento con receta, incluida la primera entrega. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | 30% de coseguro luego de alcanzar el deducible en locales comerciales | Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de reclamación a Express Scripts (ESI) | Ciertos medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accredo (una división de la farmacia de ESI para medicamentos especializados) para todas las entregas de su medicamento con receta, incluida la primera entrega. El deducible de la cobertura de medicamentos con receta está incluido en su deducible general del plan. |
| | <u>Medicamentos especializados</u> | Mismos gastos compartidos que en locales comerciales. | Mismos gastos compartidos que en locales comerciales. | |
| Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados | Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguno |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguno |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en <https://policy-srv.box.com/s/j6o18tv4txe8m76ls5bm07fng4h5epgf>.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|--|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos) | Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más) | |
| Si requiere atención médica inmediata | Atención de la sala de emergencias | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | El uso de salas de emergencia para casos que no sean de emergencia tiene un 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> tanto para <u>dentro</u> como para <u>fuera de la red</u> . |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguno |
| | <u>Atención médica inmediata</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguno |
| Si tiene una estadía en un hospital | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere la certificación previa. El no certificar previamente los servicios implica una reducción de beneficios del 50% con un límite máximo de multa de \$1,000. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguno |
| Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias | Servicios para pacientes no hospitalizados | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> por consulta virtual, se aplica el <u>deducible</u> . Consulte su certificado de beneficios para obtener detalles. |
| | Servicios para pacientes internados | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere la certificación previa. Cobertura de servicios de tratamiento residencial. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 30% 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 <u>maternidad</u> puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | |
| | Servicios de parto/nacimiento en el centro | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere la certificación previa. |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en <https://policy-srv.box.com/s/j6o18tv4txe8m76ls5bm07fng4h5epgf>.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|--|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos) | Profesional de la salud que no forma parte 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> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Límite de 60 consultas combinadas con servicio de enfermería privado. Se requiere la certificación previa. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | 60 consultas combinadas para terapia del habla, ocupacional y física. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Limitado a un máximo de 120 días. Se requiere la certificación previa. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>equipo médico duradero</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. |
| | <u>Cuidados paliativos</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguno |
| Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Los beneficios están disponibles a través de EyeMed. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Los beneficios están disponibles a través de EyeMed. |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Beneficios disponibles a través de Delta Dental. |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en <https://policy-srv.box.com/s/j6o18tv4txe8m76ls5bm07fng4h5epgf>.

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 cosmética
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes)
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 20 consultas por año calendario)
- Audífonos (para niños, 1 por oído cada 24 meses; para adultos, hasta \$2,500 por oído cada 24 meses)
- Cirugía bariátrica
- Enfermería de servicio privado (salvo el servicio para pacientes internados)
- Tratamiento para la infertilidad

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 1-800-730-8445, 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 Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, 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 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 1-800-730-8445 o visitar www.bcbsil.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 Departamento de Seguros de Illinois al (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Proporciona 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 los estándares 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 1-800-730-8445.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-730-8445.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-730-8445

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-730-8445.

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

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en <https://policy-srv.box.com/s/j6o18tv4txe8m76ls5bm07fng4h5epgf>.

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. Use 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 dentro de la red y parto en un hospital)

- **Deducible general del plan** \$6,000
- **Coseguro del especialista** 30%
- **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 \$12,700

En este ejemplo, Peg debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles* | \$6,000 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$500 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que debe pagar Peg es | \$6,560 |

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

- **Deducible general del plan** \$6,000
- **Coseguro del especialista** 30%
- **Coseguro del hospital (centro)** 30%
- **Otro coseguro** 30%

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*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$5,400 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que debe pagar Joe es | \$5,420 |

Fractura simple de Mia

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

- **Deducible general del plan** \$6,000
- **Coseguro del especialista** 30%
- **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 (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que debe pagar Mia es | \$2,800 |



BlueCross BlueShield of Illinois

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 أية 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. |
| Ελληνικά Greek | Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε σε έναν διερμηνέα, καλέστε τον αριθμό εξυπηρέτησης πελατών που αναγράφεται στο πίσω μέρος της κάρτας μέλους σας. Εάν δεν είστε μέλος ή δεν έχετε κάρτα, καλέστε τον αριθμό 855-710-6984. |
| 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। |
| Italiano Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il servizio clienti al numero riportato sul lato posteriore della tua tessera di socio. Se non sei socio o non possiedi una tessera, puoi chiamare il numero 855-710-6984. |
| 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. |
| Diné Navajo | T'áá ni, éí doodago ta'da biká anánílwo'ígíí, na'í dífíkdigo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł. Ata' halne'i bich'i'i' hadeesdzih nínizingo éí kwe'e da'iníishgi áká anídaalwo'ígíí bich'i'i' hodíílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíílnih 855-710-6984. |
| Polski Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer podany na odwrocie karty członkowskiej. Jeżeli nie jesteście członkiem lub nie macz przy sobie karty, zadzwoń pod numer 855-710-6984. |
| 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 | گر 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@hsc.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>