



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

麦当劳被许可人和麦当劳叔叔之家慈善基金会 (Ronald McDonald House Charities)

健康和福利计划信托：夏威夷计划

承保对象：个人+家庭 | 计划类型：PPO



**福利和承保范围摘要 (SBC) 文档可帮助您选择健康计划。SBC 会为您展示您和计划如何分担承保的医疗保健服务的费用。**

**注意：有关此计划费用（称为“保费”）的信息将另行提供。本文档仅为摘要信息。**如需详细了解您的承保范围，或要获得完整保险条款的副本，请致电 1-800-730-8445 或访问 <https://policy-srv.box.com/s/2dqcdiry7vf7ggfxm3pfklm0rv6wt2sz>。有关常用术语的一般定义，如允许额、差额账单、共同保险、共付额、自付额、提供者或其他带下划线的术语，请参见术语表。您可以在 [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) 上查看术语表，或致电 1-855-756-4448 索取副本。

| 重要问题                                 | 解答                                                                                                          | 重要意义：                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>总自付额是多少？</b>                      | 网络内：0 美元（个人）/0 美元（个人+配偶或个人+子女）/0 美元（家庭）<br>网络外：100 美元（个人）/200 美元（个人+配偶或个人+子女）/300 美元（家庭）                    | 通常，您必须先自行支付提供者产生的所有费用，直至达到自付额后，后续费用才会由本计划承担。如果您的计划中有其他家庭成员，则每位家庭成员都必须满足自己的个人自付额，直至所有家庭成员支付的自付额费用总额达到家庭总自付额为止。                                                                                                                                     |
| <b>在您自付的费用达到自付额之前，是否有服务在承保范围内？</b>   | 是。在您自付的费用尚未达到自付额时，部分收取共付额的预防保健和服务已在承保范围内。                                                                   | 即使您尚未达到自付额度，本计划也为某些项目和服务提供承保。但可能需要共付额或共同保险。例如，本计划涵盖某些预防服务，不但不需要分担费用，而且不要求您自付的费用达到自付额。请参见承保的预防服务清单，网址为 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。 |
| <b>是否有针对特定服务的其他自付额？</b>              | 是。网络外住院自付额为 200 美元。没有其他特定自付额要求。                                                                             | 您必须先自行支付这些服务的费用，直至达到自付额后，这些服务的后续费用才会由本计划承担。                                                                                                                                                                                                       |
| <b>此计划的自付限额是多少？</b>                  | 是。对于网络内提供者和网络外提供者：2,500 美元（个人+配偶或子女）/5,000 美元（家庭）                                                           | 自付限额是您在一年内为承保的服务自行支付的金额上限。如果您有其他家庭成员参与此计划，则他们必须达到个人自付限额，直至达到家庭总自付限额为止。                                                                                                                                                                            |
| <b>自付限额中不包括什么？</b>                   | 保费、差额账单费用、自付额和不在本计划承保范围内的医疗保健服务。                                                                            | 即便您支付了这些费用，它们也不会计入自付限额。                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>如果您选择网络提供者提供的服务，那么您支付的费用会减少吗？</b> | 是。请访问 <a href="http://www.bcbsil.com/licensees">www.bcbsil.com/licensees</a> 或致电 1-800-730-8445，以索取网络提供者名单。 | 本计划使用提供者网络。如果您选择本计划的网络中的提供者，则您支付的费用会更少。如果您使用网络外提供者，那么您支付的费用最多，而且您可能会收到提供者的账单，要求您支付提供者的费用与您的计划支付的费用之间的差额（差额账单）。请注意，您的网络提供者可能会使用网络外提供者来提供某些服务（例如实验室工作）。请在获得服务之前咨询您的提供者。                                                                             |
| <b>看专科医生是否需要转介？</b>                  | 否。                                                                                                          | 无需转介即可到您选择的专科医生处看诊。                                                                                                                                                                                                                               |

 如果自付额适用，则此图表中显示的所有共付额和共同保险费用均为达到自付额要求后的费用。

| 常见医疗事件                | 您可能需要的服务                 | 您将支付的费用                       |                       | 限制、例外情况和其他重要信息                                                  |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
|                       |                          | 网络内提供者<br>(您将支付最少的费用)         | 网络外提供者<br>(您将支付最多的费用) |                                                                 |
| 如果您前往医疗保健提供者的办公室或诊所就诊 | 为治疗受伤或疾病而到初级医疗机构就诊       | 每次就诊 10 美元；<br><u>自付额</u> 不适用 | 30% <u>共同保险</u>       | 无                                                               |
|                       | <u>专科医生</u> 看诊           | 每次就诊 10 美元；<br><u>自付额</u> 不适用 | 30% <u>共同保险</u>       | 无                                                               |
|                       | <u>预防保健/筛查/免疫接种</u>      | 不收费； <u>自付额</u> 不适用           | 30% <u>共同保险</u>       | 您可能需要为非预防性服务付费。请问您的提供者，了解所需服务是否为预防性服务。然后确认您的 <u>计划</u> 将支付多少费用。 |
| 如果涉及到检测               | <u>诊断检测</u> (X 光检查、血液检查) | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>       | 无                                                               |
|                       | 影像检查 (CT/PET 扫描、MRI)     | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>       | 建议为高成本/高科技的程序预先获得批准。                                            |

Blue Cross and Blue Shield of Illinois 是 Health Care Service Corporation 的分部，是一家互助法定准备金公司以及 Blue Cross and Blue Shield Association 的独立许可经营者（在本文称为 BCBSIL）

\* 有关限制和例外的详细信息，请参阅此网址中的计划或保单文档：

<https://policy-srv.box.com/s/2dqcdiry7vf7ggfxm3pfklm0rv6wt2sz>。

| 常见医疗事件                                                                                                                                                                                                                    | 您可能需要的服务         | 您将支付的费用                                                                    |                                                     | 限制、例外情况和其他重要信息                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                           |                  | 网络内提供者<br>(您将支付最少的费用)                                                      | 网络外提供者<br>(您将支付最多的费用)                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>如果您需要药物来治疗疾病或其他状况</b><br>有关 <b>处方药保险</b> 的更多信息, 请访问 <a href="http://www.express-scripts.com/mcdonalds">www.express-scripts.com/mcdonalds</a> 或致电 1-877-783-2268<br>处方药保险由 Fidelity Security Life Insurance Company 签发。 | 仿制药              | 零售共付额 10 美元/<br>邮购共付额 25 美元                                                | 在零售药房支付 100% 的费用, 然后填写理赔表并提交给 Express Scripts (ESI) | 保险最多可覆盖 30 天药量 (零售处方); 邮购 (Express Script's 或 Walgreen's) 购药时, 最多可覆盖 90 天药量。预防性药物共付额为 "0.00 美元"。<br>按处方购买维持药物 2 次后, 会员必须开具有关通过邮购方式获得 90 天药量的处方。<br>对于所有药物, 如果您要求使用原研药, 而非其仿制药, 则需要自行支付费用差额。<br>并非所有处方在非参与提供者处的邮购费用都能通过本保险报销。<br>对于某些用于治疗复杂疾病的特殊药物, 每一次按处方购药 (包括首次购药) 时都必须通过 Accredo (ESI Pharmacy 下属的 <b>特殊药物分部</b> ) 购买。<br>处方药保险具有单独的自付限额, 即个人为 2750 美元, 所有其他保险层级为 5500 美元。<br>仿制药成本与原研药费用之间的任何差额均适用于自付额或自付限额。适用 <b>费用分担 (按层级)</b> 及仿制药与原研药之间的费用差额永远不能超过药物的总费用。 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 首选原研药            | 零售为 30% 的共同保险, 最低 25 美元, 最高 150 美元<br>邮购为 30% 的共同保险, 最低 60 美元, 最高 375 美元   | 在零售药房支付 100% 的费用, 然后填写理赔表并提交给 Express Scripts (ESI) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                           | 非首选原研药           | 零售为 50% 的共同保险, 最低 50 美元, 最高 500 美元<br>邮购为 50% 的共同保险, 最低 125 美元, 最高 1000 美元 | 在零售药房支付 100% 的费用, 然后填写理赔表并提交给 Express Scripts (ESI) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                           | <u>特殊药物</u>      | <u>费用分担</u> 与零售相同                                                          | <u>费用分担</u> 与零售相同                                   | 对于某些用于治疗复杂疾病的特殊药物, 每一次按处方购药 (包括首次购药) 时都必须通过 Accredo (ESI Pharmacy 下属的 <b>特殊药物分部</b> ) 购买。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>如果您有门诊手术</b>                                                                                                                                                                                                           | 设施费 (例如, 门诊手术中心) | 10% <u>共同保险</u>                                                            | 30% <u>共同保险</u>                                     | 无                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Blue Cross and Blue Shield of Illinois 是 Health Care Service Corporation 的分部, 是一家互助法定准备金公司以及 Blue Cross and Blue Shield Association 的独立许可经营者 (在本文称为 BCBSIL)

\* 有关限制和例外的详细信息, 请参阅此网址中的**计划或保单文档** :

<https://policy-srv.box.com/s/2dqcdiry7vf7ggfxm3pfklm0rv6wt2sz>。

| 常见医疗事件                | 您可能需要的服务  | 您将支付的费用                       |                                      | 限制、例外情况和其他重要信息                                                               |
|-----------------------|-----------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                       |           | 网络内提供者<br>(您将支付最少的费用)         | 网络外提供者<br>(您将支付最多的费用)                |                                                                              |
|                       | 医生/外科医生费用 | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
| 如果您需要紧急就医             | 急诊室护理     | 10% <u>共同保险</u>               | 10% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
|                       | 紧急医疗运送    | 20% <u>共同保险</u>               | 20% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
|                       | 紧急护理      | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
|                       |           |                               |                                      |                                                                              |
| 如果您要住院                | 设施费（例如病房） | 10% <u>共同保险</u>               | 每次入院自付额为 200 美元，外加 30% 的 <u>共同保险</u> | 需要预先认证。如果未能预先认证服务，则减少 50% 的权益，违约金最高限额为 1,000 美元。                             |
|                       | 医生/外科医生费用 | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
| 如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务 | 门诊服务      | 每次就诊 10 美元；<br><u>自付额</u> 不适用 | 30% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
|                       | 住院服务      | 10% <u>共同保险</u>               | 每次入院自付额为 200 美元，外加 30% 的 <u>共同保险</u> | 需要预先认证。涵盖住院治疗服务。                                                             |
| 如您怀孕                  | 诊所就诊      | 每次就诊 10 美元；<br><u>自付额</u> 不适用 | 30% <u>共同保险</u>                      | 费用分摊不适用于预防性服务。视服务类型而定，共付额、共同保险或自付额可能适用。孕产妇护理可能包括 SBC 中其他位置描述的检查和服务（如超声检查服务）。 |
|                       | 生产/分娩专业服务 | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>                      |                                                                              |
|                       | 生产/分娩设施服务 | 10% <u>共同保险</u>               | 每次入院自付额为 200 美元，外加 30% 的 <u>共同保险</u> | 需要预先认证。                                                                      |
| 如果您需要康复协助或有其他特殊健康需求   | 居家医疗保健护理  | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
|                       | 康复服务      | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>                      | 无                                                                            |
|                       | 适应训练服务    | 10% <u>共同保险</u>               | 30% <u>共同保险</u>                      |                                                                              |

Blue Cross and Blue Shield of Illinois 是 Health Care Service Corporation 的分部，是一家互助法定准备金公司以及 Blue Cross and Blue Shield Association 的独立许可经营者（在本文称为 BCBSIL）

\* 有关限制和例外的详细信息，请参阅此网址中的计划或保单文档：

<https://policy-srv.box.com/s/2dqcdiry7vf7ggfxm3pfklm0rv6wt2sz>。

| 常见医疗事件          | 您可能需要的服务      | 您将支付的费用               |                                       | 限制、例外情况和其他重要信息                                |
|-----------------|---------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                 |               | 网络内提供者<br>(您将支付最少的费用) | 网络外提供者<br>(您将支付最多的费用)                 |                                               |
|                 | <u>专业护理照护</u> | 10% <u>共同保险</u>       | 每次入院自付额为 200 美元, 外加 30% 的 <u>共同保险</u> | 限制为最长 120 天。需要预先认证。                           |
|                 | <u>耐用医疗设备</u> | 10% <u>共同保险</u>       | 30% <u>共同保险</u>                       | 福利仅限用于医疗目的的项目。购买和租赁设备均可享受耐用医疗设备福利 (不能超过购买价格)。 |
|                 | <u>临终关怀服务</u> | 10% <u>共同保险</u>       | 每次入院自付额为 200 美元, 外加 30% 的 <u>共同保险</u> | 无                                             |
| 如果您的孩子需要牙科或眼部护理 | 儿童眼科检查        | 不在承保范围内               | 不在承保范围内                               | 通过 EyeMed 提供福利。                               |
|                 | 儿童配镜          | 不在承保范围内               | 不在承保范围内                               | 无                                             |
|                 | 儿童牙科检查        | 不在承保范围内               | 不在承保范围内                               | 无                                             |

#### 不包括的服务和其他承保范围内的服务：

您的计划通常不涵盖的服务 (请查看您的保单或计划文档以了解更多信息, 以及任何其他排除在外的服务的清单。)

- 针灸
- 长期护理
- 常规眼部护理 (成人)
- 整容手术
- 在美国境外旅行时的非急救护理
- 减重计划
- 牙科护理 (成人)

其他在承保范围内的服务 (这些服务可能会受到限制。此处的清单并不完整。请查看您的计划文档。)

- 流产
- 助听器 (每 24 个月每侧耳 1 部)
- 私人值班护士照护服务 (住院私人值班护士照护服务除外)
- 减肥手术
- 不育症治疗 (每个保障期最多可进行 4 次体外试验, 获得特别批准后最多为 6 次)
- 常规足部护理 (仅涉及与糖尿病相关的护理)
- 脊骨疗法

Blue Cross and Blue Shield of Illinois 是 Health Care Service Corporation 的分部, 是一家互助法定准备金公司以及 Blue Cross and Blue Shield Association 的独立许可经营者 (在本文称为 BCBSIL)

\* 有关限制和例外的详细信息, 请参阅此网址中的计划或保单文档:

<https://policy-srv.box.com/s/2dqcdiry7vf7ggfxm3pfklm0rv6wt2sz>。

**您的继续投保权利：**如果您想在保险结束后继续投保，可通过一些机构获得帮助。这些机构的联系信息如下：如需团体健康保险，请致电 1-800-730-8445 联系计划 Blue Cross and Blue Shield of Illinois 或访问 [www.bcbsil.com](http://www.bcbsil.com)。如需参加雇员退休收入保障法案 (ERISA) 规定的团体健康保险，请致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) 联系美国劳工部雇员福利保障管理局。有关非联邦政府团体健康计划，请致电 1-877-267-2323 x61565 或访问 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) 联系美国卫生和公众服务部消费者信息与保险监督中心。联邦 COBRA 续保规则不涵盖教会计划。如已投保此类计划，个人应联系其州保险监管机构，了解他们是否有权根据州法律续保。您也可以选择其他保险选项，包括通过医疗保险市场购买个人保险。有关该市场的更多信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596。

**您的申诉和上诉权利：**如果您因理赔被拒而就您的计划提出投诉，有些机构可为您提供帮助。此类投诉称为申诉或上诉。有关您的权利的更多信息，请查看您将通过该医疗理赔获得的福利的解释。您的计划文件也会提供完整的信息，帮您了解如何出于任何原因向您的计划提交理赔、上诉或申诉。有关您的权利、本声明或相关协助的更多信息，请联系：对于雇员退休收入保障法案 (ERISA) 规定的团体健康保险：Blue Cross and Blue Shield of Illinois，请致电 1-800-730-8445 或访问 [www.bcbsil.com](http://www.bcbsil.com)，或致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) 联系美国劳工部雇员福利保障管理局。此外，消费者援助计划可以帮助您提出上诉。请致电 (877) 527-9431 联系伊利诺伊州保险部或访问 <http://insurance.illinois.gov>。

#### **此计划是否提供最低基本保险？是**

最低基本保险通常包括计划、通过医疗保险市场或其他个人市场保单提供的医疗保险、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和某些其他保险。如果您有资格获得某些类型的最低基本保险，则可能没有资格获得保费税收抵免。

#### **本计划是否符合最低价值标准？是**

如果您的计划不符合最低价值标准，则您可能没有资格获得保费税收抵免，以帮助通过医疗保险市场支付计划费用。

#### **语言访问服务：**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-730-8445。

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

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): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-730-8445。

**若要查看范例，了解本计划在一个示例医疗状况如何支付费用，请参阅下一节。**

## 关于这些保险范例：



**这并非成本估算工具。**所示的处理方法仅为范例，说明本计划可能如何为医疗服务提供承保。您的实际费用将有所不同，具体取决于您接受的实际护理、医疗服务提供者收取的价格以及许多其他因素。请重点关注计划下的费用分担金额（自付额、共付额和共同保险）以及排除的服务。使用此信息比较您在不同健康计划下可能要支付的费用部分。请注意，这些保险范例基于仅限个人的保险。

### Peg 即将生产

(9 个月的网络内产前护理和住院分娩)

|                     |       |
|---------------------|-------|
| ■本计划的总自付额           | 0 美元  |
| ■ <u>专科服务共付额</u>    | 10 美元 |
| ■ <u>医院（设施）共同保险</u> | 10%   |
| ■ <u>其他共同保险</u>     | 10%   |

此范例事件包括以下服务：

专科就诊（产前护理）  
生产/分娩专业服务  
生产/分娩设施服务  
诊断测试（超声和血液检查）  
专科就诊（麻醉）

|       |           |
|-------|-----------|
| 范例总费用 | 12,700 美元 |
|-------|-----------|

在此范例中，Peg 将支付：

| 费用分担        |          |
|-------------|----------|
| 自付额         | 0 美元     |
| 共付额         | 20 美元    |
| 共同保险        | 1,300 美元 |
| 未涵盖的内容      |          |
| 限制或排除       | 60 美元    |
| Peg 要支付的总额是 | 1,380 美元 |

### Joe 的 2 型糖尿病管理

(对控制良好的疾病进行为期一年的常规网络内护理)

|                     |       |
|---------------------|-------|
| ■本计划的总自付额           | 0 美元  |
| ■ <u>专科服务共付额</u>    | 10 美元 |
| ■ <u>医院（设施）共同保险</u> | 10%   |
| ■ <u>其他共同保险</u>     | 10%   |

此范例事件包括以下服务：

初级保健医生诊所就诊（包括疾病教育）  
诊断检测（血液检查）  
处方药  
耐用医疗设备（血糖计）

|       |          |
|-------|----------|
| 范例总费用 | 5,600 美元 |
|-------|----------|

在本范例中，Joe 将支付：

| 费用分担        |        |
|-------------|--------|
| 自付额         | 0 美元   |
| 共付额         | 300 美元 |
| 共同保险        | 90 美元  |
| 未涵盖的内容      |        |
| 限制或排除       | 20 美元  |
| Joe 要支付的总额是 | 410 美元 |

### Mia 的单纯骨折

(网络内急诊室就诊和后续护理)

|                     |       |
|---------------------|-------|
| ■本计划的总自付额           | 0 美元  |
| ■ <u>专科服务共付额</u>    | 10 美元 |
| ■ <u>医院（设施）共同保险</u> | 10%   |
| ■ <u>其他共同保险</u>     | 10%   |

此范例事件包括以下服务：

急诊室护理（包括医疗用品）  
诊断检测（X 光检查）  
耐用医疗设备（拐杖）  
康复服务（理疗）

|       |          |
|-------|----------|
| 范例总费用 | 2,800 美元 |
|-------|----------|

在此范例中，Mia 将支付：

| 费用分担        |        |
|-------------|--------|
| 自付额         | 0 美元   |
| 共付额         | 30 美元  |
| 共同保险        | 300 美元 |
| 未涵盖的内容      |        |
| 限制或排除       | 0 美元   |
| Mia 要支付的总额为 | 330 美元 |

本计划将负责这些示例承保服务的其他费用。



BlueCross BlueShield of Illinois

第 1 页，共 7 页

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company



**BlueCross BlueShield** of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

### **健康保险对每个人都很重要。**

如果您或您正在帮助的人有疑问，您有权免费获得以您的语言提供的帮助和信息。如需口译服务，请致电 855-710-6984。我们为任何残障人士或需要语言帮助的人提供免费沟通辅助和服务。

我们不会因种族、肤色、国籍、性别、性别认同、年龄、性取向、健康状况或残疾状况而歧视任何人。如果您认为我们未能提供服务，或者认为我们存在其他方面的歧视，请联系我们提出申诉。

民权协调员办公室  
300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> Floor  
Chicago, IL 60601

电话：855-664-7270（语音信箱）  
TTY/TDD：855-661-6965  
传真：855-661-6960

您可以向美国卫生和公众服务部民权办公室提出民权投诉，网址为：

美国卫生和公众服务部  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

电话：800-368-1019  
TTY/TDD：800-537-7697  
投诉入口网站：<http://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>  
投诉表格：<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>



**BlueCross BlueShield** of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

|            | To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.                                     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Español    | Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.                            |
| العربية    | لتلقى المساعدة اللغوية أو التواصل مجاً، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.                                                    |
| 繁體中文       | 如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。                                                                                                 |
| Français   | Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984. |
| Deutsch    | Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.                              |
| ગુજરાતી    | ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો.                                                   |
| हिंदी      | निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।                                             |
| Italiano   | Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.                                            |
| 한국어        | 언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.                                                                                    |
| Navajo     | Niná: Doo bilagáana bizaad dinits'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jì' hodíilni.          |
| فارسی      | برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.                                                   |
| Polski     | Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.                                 |
| Русский    | Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.            |
| Tagalog    | Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.                              |
| اردو       | مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔                                            |
| Tiếng Việt | Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.                                   |