




El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. 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 su 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/2dqcdiry7vf7ggfxm3pfklm0rv6wt2sz>. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.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: \$0 Individual/\$0 Individual + cónyuge o Individual + hijo(s)/\$0 Familiar. Fuera de la red: \$100 Individual/\$200 Individual + cónyuge o Individual + hijo(s)/\$300 Familiar.	Por lo general, usted tiene que 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 de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> y los servicios que cobran un <u>copago</u> están incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> incluye ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 de <u>deducible</u> por admisión hospitalaria fuera de la red. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	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 gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Sí. Para <u>proveedores</u> dentro de la red y fuera de la red: \$2,500 Individual e Individual + Cónyuge o Hijo(s)/\$5,000 Familiar	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 este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>factura con saldo adicional</u> , <u>deducible</u> y atención médica que este <u>plan</u> no incluye.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la red?	Sí. Visite www.bcbsil.com/licensees o llame al 1-800-730-8445 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> que forman parte de la red.	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura 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</u> que forma parte de la <u>red</u> puede usar un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>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 consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <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 este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$10 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$10 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se recomienda la aprobación previa de los procedimientos de alto costo/alta tecnología.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.express-scripts.com/mcdonalds o llamando al 1-877-783-2268. La cobertura para medicamentos con receta es emitida por	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>copago</u> en locales comerciales/ \$25 de <u>copago</u> en entrega a domicilio	Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de <u>reclamación</u> a Express Scripts (ESI)	Incluye 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). Los <u>copagos</u> de medicamentos preventivos son de "\$0.00".
	Medicamentos de marca preferidos	30% de coseguro con \$25 mín. y \$150 máx. en locales comerciales 30% de coseguro con \$60 mín. y \$375 máx. en entrega a domicilio	Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de <u>reclamación</u> a Express Scripts (ESI)	Después de dos entregas de medicamentos de mantenimiento, el asegurado debe obtener la receta para un suministro de 90 días en entrega a domicilio. Usted paga la diferencia de costo si solicita un medicamento de marca en lugar del medicamento genérico equivalente para todos los medicamentos.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal, un Concesionario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante denominado BCBSIL)

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

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Fidelity Security Life Insurance Company.	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro con \$50 mín. y \$500 máx. en locales comerciales 50% de coseguro con \$125 mín. y \$1000 máx. en entrega a domicilio	Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de <u>reclamación</u> a Express Scripts (ESI)	La entrega a domicilio de <u>proveedores</u> no participantes no está incluida para todos los medicamentos con receta. Ciertos <u>medicamentos especializados</u> utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accredo (una división de la farmacia de ESI para <u>medicamentos especializados</u>) para todos los surtidos de su receta médica, incluido el primer surtido. La <u>cobertura para medicamentos con receta</u> tiene un límite de <u>gasto de bolsillo</u> por separado de \$2,750 por persona y de \$5,500 para todos los demás niveles incluidos. Cualquier diferencia entre el costo del medicamento genérico y el costo del medicamento de marca se aplicará al <u>deducible</u> o al gasto máximo de bolsillo. Los <u>gastos compartidos</u> correspondientes (por nivel) y la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca nunca superarán el costo total del medicamento.
	<u>Medicamentos especializados</u>	Mismos <u>gastos compartidos</u> que en locales comerciales	Mismos <u>gastos compartidos</u> que en locales comerciales	Ciertos <u>medicamentos especializados</u> utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accredo (una división de la farmacia de ESI para <u>medicamentos especializados</u>) para todos los surtidos de su receta médica, incluido el primer surtido.
Si requiere una cirugía para	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal, un Concesionario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante denominado BCBSIL)

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

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
pacientes no hospitalizados	Honorarios del médico o cirujano	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	10% de <u>coseguro</u>	10% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica inmediata</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>deducible</u> por admisión más 30% 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 o cirujano	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$10 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	10% de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>deducible</u> por admisión más 30% de <u>coseguro</u>	Se requiere la certificación previa. Cobertura de servicios de tratamiento residencial.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	30% 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>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <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 o nacimiento	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	10% de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>deducible</u> por admisión más 30% de <u>coseguro</u>	Se requiere la certificación previa.
Si requiere ayuda para su	<u>Atención médica en el hogar</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal, un Concesionario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante denominado BCBSIL)

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

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Servicios de habilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>deducible</u> por admisión más 30% de <u>coseguro</u>	Limitado a un máximo de 120 días. Se requiere la certificación previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% 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>	10% de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>deducible</u> por admisión más 30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
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	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO incluye (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura Atención dental (adultos) Atención médica a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de rutina de los ojos (adultos) 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 <u>plan</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> Aborto Atención quiropráctica Audífonos (1 dispositivo por oído cada 24 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía bariátrica Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería de servicio privado (salvo el servicio para pacientes internados) Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal, un Concesionario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante denominado BCBSIL)

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

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

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 que se indica a continuación: Para obtener información sobre la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, al 1-800-730-8445 o visite www.bcbsil.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener información sobre los seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese 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 visite www.cciio.cms.gov. Sin cobertura para los planes eclesiásticos bajo las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la entidad reguladora estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. 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, en los documentos de su plan, se proporciona 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: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: Blue Cross and Blue Shield of Illinois 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 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, seguros médicos disponibles 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 un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un 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:

Spanish (Español): 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.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 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.

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

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 incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor 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 seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$10
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

Costo total en el ejemplo	\$12,700
----------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$20
<u>Coseguro</u>	\$1,300
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$1,380

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$10
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

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 en el ejemplo	\$5,600
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$90
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$410

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$10
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total en el ejemplo	\$2,800
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$330

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios incluidos que figuran como EJEMPLOS.



BlueCross BlueShield of Illinois
 Pagina 7 de 7

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

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tienen el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. 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 de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad. Si considera 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

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 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/smartscreen/main.jsf>
Formularios de quejas: <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'áájíík'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.