BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Bronce	Blue Choice Preferred Bronze PPO℠			
	201	202	302[2]	502[2]
Deducible individual[3]	$7,000	$4,500	$6,350	$5,000
Coaseguro	50%	40%	40%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)[3]	$9,100	$7,000	$7,000	$7,050
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de $45	40%	40%	50%
Consultas presenciales con especialistas	50%	40%	40%	50%
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	50%	40%	40%	50%
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Atención médica inmediata	copago de $60	40%	40%	50%
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Servicios hospitalarios[4]	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes[4]	50%	40%	40%	50%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)[4]	50%	40%	40%	50%
Red	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)[5]	no	sí	sí	sí
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales[6][7]	$10 / $20 / 30% / 35% / 45% / 50%	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50%	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50%	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50%
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales[6][7]	$20 / $30 / 35% / 40% / 45% / 50%	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50%	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50%	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50%
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados[8]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos en Illinois.

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

5 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Usted debe procurar los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico específicos pudieran tener en sus declaraciones tributarias.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

225482.0722

BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Bronce	Blue Choice Preferred Bronze PPO℠			
	601	701	705	708
Deducible individual[2]	$7,000	$8,600	$9,100	$7,500
Coaseguro	50%	50%	0%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)[2]	$9,100	$9,100	$9,100	$9,000
Consultas presenciales de atención médica primaria	40%	50%	0%	copago de $50
Consultas presenciales con especialistas	50%	50%	0%	copago de $100
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	40%	0%	0%	$50
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	50%	0%	50%
Atención médica inmediata	50%	copago de $60	0%	copago de $75
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	0%	50%
Pacientes externos: Servicios hospitalarios[3]	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	0%	50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes[3]	50%	50%	0%	50%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)[3]	50%	50%	0%	50%
Red	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)[4]	no	no	no	no
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales[5]	$10 / $20 / 30% / 35% / 45% / 50%[6]	$23 / 0% / 0% / 0% / 0% / 0%[6]	0%	$25 / $50 / $100 / $500[7]
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales[5]	$20 / $30 / 35% / 40% / 45% / 50%[6]	$33 / 0% / 0% / 0% / 0% / 0%[6]	0%	$25 / $50 / $100 / $500[7]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados[8]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

3 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

4 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin.
Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Usted debe procurar los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico específicos pudieran tener en sus declaraciones tributarias.

5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO o coberturas con gastos compartidos del 100%.

6 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

7 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados

8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Bronce	Blue FocusCare Bronze℠ [2]	BlueCare Direct Bronze℠ with Advocate [3]
	209	401
Deductible individual [4]	$7,400	$7,400
Coaseguro	50%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [4]	$9,100	$9,100
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de $65	copago de $65
Consultas presenciales con especialistas	copago de $105	copago de $105
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	copago de $65	copago de $65
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Atención médica inmediata	copago de $105	copago de $105
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	copago por día de $850	copago por día de $850
Pacientes externos: Servicios hospitalarios [5]	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes [5]	copago de $150	copago de $150
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) [5]	copago de $300	copago de $300
Red	Blue FocusCare℠	BlueCare Direct℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) [6]	no	no
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales [7] [8]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50%	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50%
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales [7] [8]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50%	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50%
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [9]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.	

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 **Las coberturas Blue FocusCare℠ solo están disponibles en el condado de Cook.**

3 Advocate Health Care es un prestador de servicios médicos con contrato independiente. **Las coberturas BlueCare Direct℠ solo están disponibles en algunas zonas del área metropolitana de Chicago.**

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

6 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Usted debe procurar los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico específicos pudieran tener en sus declaraciones tributarias.

7 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO.

8 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Bronce	Blue Precision Bronze HMO℠ [2]		
	205	701 - Rx Copays	708
Deducible individual [3]	$7,400	$9,100	$7,500
Coaseguro	50%	0%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [3]	$9,100	$9,100	$9,000
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de $65	copago de $150	copago de $50
Consultas presenciales con especialistas	copago de $105	copago de $160	copago de $100
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	copago de $65	copago de $150	copago de $50
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $2,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	50%
Atención médica inmediata	copago de $105	copago de $85	copago de $75
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	copago por día de $850	copago de $1,500 por día; luego, el asegurado paga el 50%	50%
Pacientes externos: Servicios hospitalarios [4]	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $750 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes [4]	copago de $150	copago de $250	50%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) [4]	copago de $300	copago de $450	50%
Red	Blue Precision HMO℠	Blue Precision HMO℠	Blue Precision HMO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) [5]	no	no	no
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales [6]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [7]	$100 / $110 / $120 / $175 / $275 / $500 [7]	$25 / $50 / $100 / $500 [8]
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales [6]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [7]	$100 / $110 / $120 / $175 / $275 / $500 [7]	$25 / $50 / $100/ $500 [8]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [8]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.		

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 **Las coberturas Blue Precision HMO℠ solo están disponibles en las áreas metropolitanas de Chicago, Peoria y Rockford.**

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

5 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Usted debe procurar los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico específicos pudieran tener en sus declaraciones tributarias.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Plata	Blue Choice Preferred Silver PPO℠			BlueCare Direct Silver℠ with Advocate[2]
	203	303[3]	706	212
Deducible individual[4]	$2,250	$2,250	$5,800	$4,600
Coaseguro	50%	50%	40%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)[4]	$9,100	$9,100	$8,900	$9,100
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de $10	copago de $10	copago de $40	copago de $40
Consultas presenciales con especialistas	50%	50%	copago de $80	copago de $65
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	50%	50%	copago de $40	copago de $40
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Atención médica inmediata	copago de $15	copago de $15	copago de $60	copago de $65
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	deducible de $500 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Servicios hospitalarios[5]	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes[5]	50%	50%	40%	copago de $20
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)[5]	50%	50%	40%	copago de $250
Red	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠	BlueCare Direct℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	no	no	no	no
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales[6]	$5 / $15 / 30% / 35% / 45% / 50%[7]	$5 / $15 / 30% / 35% / 45% / 50%[7]	$20 / $40 / $80 / $350[8]	0% / 10% / 20% / 30% / 40% / 50%[7]
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales[6]	$10 / $25 / 35% / 40% / 45% / 50%[7]	$10 / $25 / 35% / 40% / 45% / 50%[7]	$20 / $40 / $80 / $350[8]	0% / 10% / 20% / 30% / 40% / 50%[7]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados[9]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Advocate Health Care es un prestador de servicios médicos con contrato independiente. **Las coberturas BlueCare Direct℠ solo están disponibles en algunas zonas del área metropolitana de Chicago.**

3 Cobertura no disponible en el Mercado de Seguros Médicos en Illinois.

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Plata	Blue Precision Silver HMO℠ [2]				Blue FocusCare Silver℠ [3]
	206	306 [4]	704 - with Rx Copays	706	210
Deducible individual [5]	$4,600	$4,200	$7,500	$5,800	$4,000
Coaseguro	50%	50%	50%	40%	30%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [5]	$9,100	$9,100	$9,100	$8,900	$9,100
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de $40	copago de $30	copago de $70	copago de $40	copago de $35
Consultas presenciales con especialistas	copago de $75	copago de $40	copago de $95	copago de $80	copago de $65
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	copago de $40	copago de $30	copago de $70	copago de $40	copago de $35
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $1,200 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%
Atención médica inmediata	copago de $75	copago de $40	copago de $80	copago de $60	copago de $65
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de $500 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $500 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	copago de $750 por día
Pacientes externos: Servicios hospitalarios [6]	50%	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de $350 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes [6]	copago de $20	copago de $35	copago de $90	40%	copago de $50
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/ por emisión de positrones/ por resonancia magnética) [6]	copago de $350	copago de $250	copago de $250	40%	copago de $250
Red	Blue Precision HMO℠	Blue Precision HMO℠	Blue Precision HMO℠	Blue Precision HMO℠	Blue FocusCare℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	no	no	no	no	no
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales [7]	0% / 10% / 20% / 30% / 40% / 50% [8]	$10 / $20 / 30% / 40% / 45% / 50% [8]	$25 / $70 / $85 / $120 / $250 / $500 [8]	$20 / $40 / $80 / $350 [9]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [8]
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales [7]	0% / 10% / 20% / 30% / 40% / 50% [8]	$10 / $20 / 30% / 40% / 45% / 50% [8]	$25 / $70 / $85 / $120 / $250 / $500 [8]	$20 / $40 / $80 / $350 [9]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [8]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [10]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.				

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.
2 **Las coberturas Blue Precision HMO℠ solo están disponibles en las áreas metropolitanas de Chicago, Peoria y Rockford.**
3 **Las coberturas Blue FocusCare℠ solo están disponibles en el condado de Cook.**
4 Cobertura no disponible en el Mercado de Seguros Médicos en Illinois.
5 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.
6 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.
7 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO.
8 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales
9 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados
10 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Oro	Blue Precision Gold HMO℠ [2]		
	207	703 - Rx Copays	707
Deducible individual [3]	$750	$950	$2,000
Coaseguro	30%	30%	25%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [3]	$9,100	$9,100	$8,700
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de $20	copago de $20	copago de $30
Consultas presenciales con especialistas	copago de $40	copago de $40	copago de $60
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	copago de $20	copago de $20	copago de $30
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%
Atención médica inmediata	copago de $40	copago de $40	copago de $45
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	copago de $750 por día	copago de $750 por día	25%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas [4]	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%
Radiografías y Diagnóstico por imágenes [4]	copago de $40	copago de $40	25%
Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) [4]	copago de $250	copago de $250	25%
Red	Blue Precision HMO℠	Blue Precision HMO℠	Blue Precision HMO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	no	no	no
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales [5]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [6]	$20 / $30 / $60 / $120 / $250 / $350 [6]	$15 / $30 / $60 / $250 [7]
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales [5]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [6]	$20 / $30 / $60 / $120 / $250 / $350 [6]	$15 / $30 / $60 / $250 [7]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [8]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.		

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 **Coberturas Blue Precision HMO℠ disponibles en las áreas metropolitanas de Chicago, Peoria y Rockford.**

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO.

6 Seis niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

7 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados

8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Illinois

2023

Tabla comparativa de pólizas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsil.com**.

Oro	Blue Choice Preferred Gold PPO℠		Blue FocusCare Gold℠ [2]	BlueCare Direct Gold℠ with Advocate [3]
	204	707	211	409
Deducible individual [4]	$750	$2,000	$750	$750
Coaseguro	30%	25%	30%	30%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [4]	$9,100	$8,700	$9,100	$9,100
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de $15	copago de $30	copago de $20	copago de $20
Consultas presenciales con especialistas	copago de $50	copago de $60	copago de $40	copago de $40
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación para problemas de adicciones	copago de $15	copago de $30	copago de $20	copago de $20
Sala de emergencias	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	deducible de $1,000 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%
Atención médica inmediata	copago de $50	copago de $45	copago de $40	copago de $40
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de $850 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%	copago de $750 por día	copago de $750 por día
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas [5]	30%	25%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%
Radiografías y Diagnóstico por imágenes [5]	30%	25%	copago de $40	copago de $40
Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) [5]	30%	25%	copago de $250	copago de $250
Red	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue Choice Preferred PPO℠	Blue FocusCare℠	BlueCare Direct℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) [7]	no	no	no	no
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias preferenciales [6]	$0 / $10 / 20% / 35% / 45% / 50% [7]	$15 / $30 / $60 / $250 [8]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [7]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [7]
Pacientes externos: Medicamentos recetados, farmacias no preferenciales [6]	$10 / $20 / 30% / 40% / 45% / 50% [7]	$15 / $30 / $60 / $250 [8]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [7]	10% / 15% / 20% / 30% / 40% / 50% [7]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [9]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en la Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa / terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSIL, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 **Coberturas Blue FocusCare℠ únicamente disponibles en el condado de Cook.**

3 Advocate Health Care es un prestador de servicios médicos con contrato independiente. **Las coberturas BlueCare Direct℠ solo están disponibles en algunas zonas del área metropolitana de Chicago.**

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas HMO.

7 Seis niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Illinois

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
300 E. Randolph St.	TTY/TDD:	855-661-6965
35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, Illinois 60601		

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Washington, DC 20201	Formulario de quejas:	http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

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 talk to an interpreter, call 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, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 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, 請撥電話 號碼 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, appelez 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 Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ 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 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 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. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee nił h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'į' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی 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 شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, 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 связаться с переводчиком, позвоните по телефону 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 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کررہے 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، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.