



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios cubiertos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) 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 1-800-537-9765 o visite www.bcbsil.com/RDD. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	En la red: \$3,600 Individual/\$7,200 Familiar	Por lo general, usted debe 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 la póliza, se debe cumplir con el deducible general familiar antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> y los servicios que cobran un <u>copago</u> tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita cumplir con los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	En la red: \$6,900 Individual/\$13,800 Familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , <u>cargos por facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbsil.com/go/rdbluehpn o llame al 1-800-537-9765 para obtener una lista de <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Pagará la mayor parte del valor si acude a un <u>profesional que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>profesional</u> por la diferencia entre el cargo del <u>profesional</u> y lo que cubre el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la 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 ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención médica básica para tratar una enfermedad o herida	\$15 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Consultas virtuales: \$15 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> . Consulte su folleto de beneficios para obtener detalles.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/evaluaciones/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su folleto de beneficios* para obtener detalles.
	Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> está disponible en www.caremark.com .	Medicamentos genéricos	Farmacia: 25% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u> Entrega a domicilio: 25% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u>	Farmacia: 25% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u> Entrega a domicilio: 25% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u>	Farmacia: \$10 mínimo - \$45 máximo Entrega a domicilio: \$25 mínimo - \$115 máximo
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia: 40% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u> Entrega a domicilio: 40% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u>	Farmacia: 40% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u> Entrega a domicilio: 40% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u>	Farmacia: \$40 mínimo - \$100 máximo Entrega a domicilio: \$100 mínimo - \$250 máximo
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia: 50% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u> Entrega a domicilio: 50% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u>	Farmacia: 50% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u> Entrega a domicilio: 50% de coseguro; no se aplica el <u>deducible</u>	Farmacia: \$75 mínimo - \$150 máximo Entrega a domicilio: \$185 mínimo - \$375 máximo
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$210	\$210	No está permitido el envío por correo.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/RDD.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	\$600 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$600 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Se exime el <u>copago</u> en caso de admisión. Uso del servicio de emergencias sin carácter de emergencia. <u>En la red</u> paga \$600 de <u>copago</u> , no aplica <u>deducible</u> y aplica <u>coseguro de la red</u> . <u>Fuera de la red</u> paga \$600 de <u>copago</u> , no se aplica <u>deducible</u> y se aplica el <u>coseguro fuera de la red</u> .
	<u>Transporte médico para casos de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte que no sea de emergencia; consulte su folleto de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Atención médica inmediata</u>	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Consulte su folleto de beneficios* para obtener detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su folleto de beneficios* para obtener detalles.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	El <u>copago</u> se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). <u>Los gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguna

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/RDD.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Limitado a 120 visitas por período de beneficios combinados con servicio de enfermería privado. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> ; un 20% de <u>coseguro</u> en otros servicios	No cubierto	Limitado a 90 consultas por período de beneficios para terapia ocupacional, 90 consultas por período de beneficios para terapia del habla y 90 consultas por período de beneficios para terapia física. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	\$30 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> ; un 20% de <u>coseguro</u> en otros servicios	No cubierto	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Limitado a 90 días por período de beneficios. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>equipo médico duradero (DME, en inglés)</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención médica para pacientes terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales u oculares	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes)
- Programas de pérdida de peso

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

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (limitado a 20 consultas por período de beneficios)
- Audífonos (limitado a 1 nuevo dispositivo por oído, por período de 36 meses hasta un máximo de \$5,000)
- Tratamiento por infertilidad (solo diagnóstico de infertilidad)
- Servicio de enfermería privado (salvo el servicio para pacientes hospitalizados)

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 estos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-537-9765, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. 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 una denegación de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, los documentos de su plan proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-537-9765 o visitar www.bcbsil.com/RRD, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de gastos 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 el crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el estándar de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-537-9765.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-537-9765.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-537-9765.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-537-9765.

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,600
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$30
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,600
<u>Copagos</u>	\$20
<u>Coseguro</u>	\$400

<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60

El total que debe pagar Peg es	\$4,080
---------------------------------------	----------------

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,600
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$30
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$1,700

<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$20

El total que debe pagar Joe es	\$4,320
---------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,600
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$30
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

- Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
- Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,300
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$80

<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0

El total que debe pagar Mia es	\$1,980
---------------------------------------	----------------



BlueCross BlueShield of Illinois

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost.
To speak to an interpreter, call the customer service number on the back of your member card. If you are not a member, or don't have a card, call 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فذلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضوًا، أو كنت لا تملك بطاقة، فتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
Ελληνικά Greek	Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε σε έναν διερμηνέα, καλέστε τον αριθμό εξπηρέτησης πελατών που αναγράφεται στο πίσω μέρος της κάρτας μέλους σας. Εάν δεν είστε μέλος ή δεν έχετε κάρτα, καλέστε τον αριθμό 855-710-6984.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il servizio clienti al numero riportato sul lato posteriore della tua tessera di socio. Se non sei socio o non possiedi una tessera, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ta'da biká anánílwo'ígíí, na'idííkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł. Ata' halne'i bich'i'í hadeesdzih nínízingo éí kwe'é da'íníshgi áká anídaalwo'ígíí bich'i'í' hodiílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodiílnih 855-710-6984.
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 podany na odwrocie karty członkowskiej. Jeżeli nie jesteś członkiem lub nie masz przy sobie karty, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	گر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Brindamos servicios y asistencia gratuita de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten ayuda con el idioma.

No discriminamos con base en raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

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

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

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Usted puede presentar una queja sobre derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>