



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 la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com.

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?	<u>Dentro de la red</u> : \$4,000 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$8,000 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 la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general familiar antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	No.	Deberá alcanzar el <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> pague por cualquier servicio.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$5,500 individual/\$11,000 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$10,000 individual/\$20,000 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 alcanzar 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> ?	Primas de la póliza, cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</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 que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbstx.com o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la 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 que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de 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
		<u>Proveedor que forma parte de la red</u> (usted pagará menos)	<u>Proveedor que no forma parte de la red</u> (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	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> . No hay cargos por vacunas para niños <u>fuera de la red</u> desde el nacimiento hasta el día del sexto cumpleaños.
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor que forma parte de la red</u> (usted pagará menos)	<u>Proveedor que no forma parte de la red</u> (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en	Medicamentos genéricos	Nivel 1: Copago por receta médica después del deducible; no se aplica el deducible: \$12 (en locales comerciales) por un suministro de hasta 30 días, \$30 (en locales comerciales o con entrega a domicilio) por un suministro de hasta 90 días	Sin cobertura	Cubre suministros para 30 días (en locales comerciales), suministros para 31-90 días (en locales comerciales o con entrega a domicilio). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos para mujeres genéricos preferidos que forman parte de la red y que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés). Revise la Lista de medicamentos para obtener información sobre los medicamentos con receta que requieren certificación previa o terapia escalonada para la cobertura. Su costo será mayor por preferir medicamentos de marca en lugar de un medicamento genérico, a menos que la receta indique "dispensar tal como está escrito en la receta médica"; la multa por diferencia de costo no se aplica al deducible ni al límite de gasto de bolsillo. Medicamentos de mantenimiento: Después de dos surtidos de 30 días en una farmacia, los asegurados deben surtir un suministro de 90 días en una farmacia de la red Capital Rx o en una farmacia con entrega a domicilio. Si el asegurado continúa obteniendo suministros de medicamentos de mantenimiento para 30 días después de dos surtidos, el asegurado paga el 100% del costo. Algunos medicamentos preferidos en la lista de medicamentos de Capital Rx están incluidos sin cargo. La insulina genérica está incluida sin cargo; el copago por insulina de marca preferida no superará los \$25 por un suministro de 30 días y \$75 por un suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Copago por receta médica después del deducible; no se aplica el deducible: 30% de coseguro con mínimo y máximo por receta médica: \$40 mínimo y \$80 máximo (en locales comerciales) por un suministro de hasta 30 días, \$80 mínimo y \$160 máximo (en locales comerciales o con entrega a domicilio) por un suministro de hasta 90 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	Nivel 3: Copago por receta médica después del deducible; no se aplica el deducible: 50% de coseguro con mínimo y máximo por receta médica: \$80 mínimo y \$160 máximo (en locales comerciales) por un suministro de hasta 30 días, \$180 mínimo y \$350 máximo (en locales comerciales o con entrega a domicilio) por un suministro de hasta 90 días	Sin cobertura	

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)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	El costo aplicable como se menciona anteriormente para medicamentos genéricos o de marca	Sin cobertura	Todas las recetas médicas deben surtirse a través de la red de farmacias Capital Rx. Ciertos medicamentos especializados son elegibles para el programa de Rx Cap.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Cargos del centro: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 10% de <u>coseguro</u> después del deducible Cargos médicos de la sala de emergencias: 10% de <u>coseguro</u> después del deducible	Cargos del centro: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 10% de <u>coseguro</u> después del deducible Cargos médicos de la sala de emergencias: 10% de <u>coseguro</u> después del deducible	Se elimina el <u>copago</u> de la <u>sala de emergencias</u> si es admitido.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	Transportación terrestre y aérea incluida.
	<u>Atención médica inmediata</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener detalles. Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Servicios para pacientes internados	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor que forma parte de la red</u> (usted pagará menos)	<u>Proveedor que no forma parte de la red</u> (usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en 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> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$250 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Límite de 120 consultas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Límite de 60 consultas separadas por año calendario para todas las terapias. Incluye terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Límite de 100 consultas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Ninguna

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)	
	Cuidados paliativos	10% de <u>coseguro</u> después del deducible	35% de <u>coseguro</u> después del deducible	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	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>).		
- Acupuntura - Atención dental (adultos y niños) - Anteojos (para niños)	- Atención médica a largo plazo - Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos - Cirugía cosmética	- Cuidado de rutina de los ojos (adultos y niños) - Cuidado de rutina de los pies - Programas de pérdida de peso (excepto los servicios de prevención necesarios)
Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su <u>plan</u>).		
- Atención quiropráctica (12 consultas por año) - Audífonos (\$3,000 máximo cada 60 meses [ambos oídos])	- Cirugía bariátrica (reduzca sus gastos compartidos usando Lantern [Surgery Plus]. Llame a Lantern al 888-394-0387 para obtener información) - Enfermería de servicio privado (60 consultas por año)	Tratamiento para la infertilidad (limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)

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 Texas, al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la Ley para la Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés), 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. Los planes eclesiásticos no están incluidos 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 su regulador 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: comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. También puede 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, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitar www.tdi.texas.gov. Para seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros de gastos médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com, o bien comuníquese con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.tdi.texas.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

¿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 determinados 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 1-800-521-2227.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-521-2227.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-521-2227.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-521-2227.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar 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 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 coseguros) 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 plan	\$5,000
■ <u>Coseguro</u> del especialista	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:	
<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,300
<u>¿Qué servicios no incluye el plan?</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$1,370

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 plan	\$5,000
■ <u>Coseguro</u> del especialista	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:	
<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$200
<u>¿Qué servicios no incluye el plan?</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$920

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

■ <u>Deducible</u> general del plan	\$5,000
■ <u>Coseguro</u> del especialista	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:	
<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$300
<u>¿Qué servicios no incluye el plan?</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$600

Aviso de no discriminación

La cobertura de atención médica es importante para todos

No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad (incluidos el conocimiento limitado del inglés [English] y el idioma materno), edad, discapacidad o sexo (según se entiende en la normativa aplicable). Proporcionamos a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas gratuitas para la comunicación que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También proporcionamos servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma materno no es el inglés (English).

Para recibir modificaciones razonables, ayudas para la comunicación o asistencia lingüística gratuitas, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad:

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame al número de teléfono gratuito que aparece en el dorso de su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Usted puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

U.S. Dept. of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Portal de quejas:	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Formularios de quejas:	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.



中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánílti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahíł hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíłnił doodago nika'análwo'í bich'í' hanidził.
Farsi فارسی	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں.
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.