



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 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com/trsactivecare. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en http://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?	\$1,200 Individual/\$3,600 Familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>profesionales de la salud</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , los <u>medicamentos con receta</u> , las <u>pruebas de diagnóstico</u> y la <u>atención médica preventiva dentro de la red</u> tienen cobertura antes de alcanzar el <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 de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios de prevención</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 de <u>deducible</u> para medicamentos con receta. No se aplica a medicamentos genéricos. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$6,900 Individual/\$13,800 Familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y <u>atención médica</u> que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbstx.com/trsactivecare o llame al 1-866-355-5999 para obtener un listado de <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>profesional de la salud</u> que no forma parte de la <u>red</u> , y es posible que reciba una <u>factura de un profesional de la salud</u> por la diferencia entre el cargo del <u>profesional de la salud</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red</u> puede trabajar con un <u>profesional de la salud</u> que no forma parte de la <u>red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí.	El <u>plan</u> pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos prestados por un <u>especialista</u> , siempre que tenga un <u>referido</u> antes de ver al <u>especialista</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
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto el 20% de <u>coseguro</u> para cirugía en consultorio	Sin cobertura	Incluye médico especialista en medicina interna, médico general, médico de familia, pediatra, médicos de salud mental o ginecólogo. Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; para obtener más información consulte la póliza de su <u>plan</u> . Arancel de la consulta médica de TRS Virtual Health: Teladoc \$12, RediMD \$0.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto \$30 de <u>copago</u> para PCP (médico de atención primaria)/\$70 de <u>copago</u> para SPC (especialista) por consulta para examen de audición o de la vista	Sin cobertura	<u>Atención médica preventiva</u> de TRS: https://www.trstexas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx . Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>profesional de la salud</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . Limitación de 1 por año del <u>plan</u> para examen de audición y de la vista.
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Para los servicios de laboratorio/radiografías para pacientes no hospitalizados realizados en un hospital, se aplica el 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	Copago por receta médica, no se aplica el deducible: \$15 (primer surtido en locales comerciales), \$30 (segundo surtido en locales comerciales - medicamentos de mantenimiento), \$45 (entrega a domicilio o en locales comerciales de la red Retail-Plus)	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Cubre un suministro de 31 días (locales comerciales) o un suministro de 60 a 90 días (entrega a domicilio o en locales comerciales de la red Retail-Plus). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos para mujeres genéricos preferidos y aprobados por la FDA. Dentro de la red: Se requiere certificación previa y terapia escalonada. Su costo será mayor por preferir medicamentos de marca en lugar de un medicamento genérico, a menos que se lo recete por escrito. Fuera de la red: El reembolso corresponde a la cantidad permitida por lo que se habría cobrado en una farmacia de la red menos el gasto compartido del asegurado después del deducible.
	Medicamentos de marca preferidos con genéricos	25% de coseguro, después del deducible	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
	Medicamentos de marca preferidos sin genéricos	25% de coseguro (máximo de \$100 en locales comerciales; máximo de \$150 en segundo surtido en locales comerciales para medicamentos de mantenimiento; máximo de \$265 en entrega a domicilio o en locales comerciales de la red Retail-Plus)	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro después del deducible	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	30% de coseguro, después del deducible	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Todos los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia de medicamentos especializados de CVS. Venta en locales comerciales no cubierta. Límite de suministro de 31 días. El Programa de Copago PrudentRx le permite obtener medicamentos de especialidad seleccionados sin costo alguno para usted. Eso significa \$0 de gastos de bolsillo (OOP, en inglés) para cualquier medicamento en la Lista de Medicamentos Especializados exclusiva de su plan cuando usted surta su receta en CVS Specialty®. Puede comunicarse con PrudentRx al 1-800-578-4403 para resolver cualquier pregunta relacionada con el Programa de Copago PrudentRx.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las salas de emergencia independientes aplican un <u>copago</u> de \$500 por consulta antes del <u>deducible</u> . Una vez aplicados el <u>deducible</u> y el <u>copago</u> , hay un 20% de <u>coseguro</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Transportación terrestre y aérea cubierta. Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$30 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> en otros servicios para pacientes no hospitalizados	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios para obtener más detalles. Las consultas virtuales están disponibles a través de TRS-Virtual Health; aranceles de consulta de salud mental: Psiquiatra (consulta inicial) \$70.00, psiquiatra (consulta continua) \$70.00; psicólogo y trabajador social clínico con licencia \$70.00.
	Servicios para pacientes internados	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	El <u>copago</u> se aplica para la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <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/nacimiento	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Limitado a 60 consultas por año del plan.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Esto incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Limitado a 25 días por año del plan.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Limitado a 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	<u>Cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna.
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	\$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	1 examen de rutina de la vista por año del plan si lo realiza un oftalmólogo u optometrista.
	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 cubre (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental (adultos y niños) Atención médica a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos Cirugía cosmética (servicios cubiertos limitados) 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes) 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>).		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura (en lugar de anestesia y para náuseas durante el embarazo) Atención quiropráctica (35 consultas por año del plan) Audífonos (limitados a \$1,000 por 36 meses para miembros de 19 años o más) 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía bariátrica (limitado solo a los centros Blue Distinction Center Plus. 20% después del <u>deducible</u>. \$5,000 de <u>copago</u> por procedimiento para cargos de profesionales) Cuidado de rutina de los ojos (adulto, 1 examen ocular de rutina por año del plan) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería de servicio privado Tratamiento de 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 siguiente: comuníquese con el plan al 1-866-355-5999, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o 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 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 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, 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 Texas al 1-866-355-5999 o visitar www.bcbstx.com/tractivecare, 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 Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.texashealthoptions.com.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible 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 crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan el estándar 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:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-355-5999.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-355-5999.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-355-5999.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-355-5999.

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 cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del profesional de la salud y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar 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 y parto en un hospital dentro de la red)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,200
■ <u>Copago del especialista</u>	\$70
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro 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>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coseguro</u>	\$2,000
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$3,300

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,200
■ <u>Copago del especialista</u>	\$70
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$700
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,220

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,200
■ <u>Copago del especialista</u>	\$70
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro 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 (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$200
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,700

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" arriba.



BlueCross BlueShield of Texas

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، فليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضوًا، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل 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.
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।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
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.
ລາສາວາດ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ. ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໃດໆບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອໂມກັບພາຍເປພາສາ, ໃຫ້ໃບຫາເປີຜ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຄູ່ດ້ານຫຼັງບົດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໃບຫາເປີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago la'da biká anánilwo'ígíí, na'idilkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwol. Ata' halne'i bich'i' hadeesdzh ninizingo éí kwe'é da'iniishgi áká anidaalwo'ígíí bich'i' hodíílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíílnih 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 خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
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	اگر 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.

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística.
No discriminamos en función de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

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

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

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

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

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 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>