El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-892-2803 o visite https://policy-srv.box.com/s/uaww4ga26fz9a4mtczglj4rqxomjevx3. 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 deducible general?	$0	Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes a continuación para ver cuánto paga por los servicios que incluye este plan.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el deducible?	No.	Deberá alcanzar el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gasto de bolsillo para este plan?	$1,500 individual/$3,000 familiar Límite de gastos para medicamentos con receta: $500 individual/$1,000 familiar	El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que alcanzar sus propios límites de gasto de bolsillo hasta alcanzar el límite de gasto de bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el límite de gasto de bolsillo?	Primas de la póliza, cargos por facturas con saldo adicional y atención médica que este plan no incluye.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gasto de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red?	Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-892-2803 para obtener una lista de los proveedores que forman parte de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor que no forma parte de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (factura con saldo adicional). Tenga en cuenta que su proveedor que forma parte de la red puede trabajar con un proveedor que no forma parte de la red para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para consultar con un especialista?	Sí.	El plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios incluidos prestados por un especialista, siempre y cuando tenga un referido antes de consultar con un especialista.

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	$30 por consulta	Sin cobertura	No se incluyen los servicios o suministros que no solicite su médico de atención primaria o proveedor de atención médica principal individual, salvo en caso de emergencia y exámenes de la vista de rutina.
	Consulta con un especialista	$50 por consulta	Sin cobertura	Se requiere un referido.
	Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan.
Si tiene que hacerse una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	Sin cargo	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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la **cobertura para medicamentos con receta** disponible en www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists	Medicamentos genéricos	$7 por receta médica (en locales comerciales) $14 por receta médica (con entrega a domicilio)	Sin cobertura	Suministro para 30 días en locales comerciales. Suministro para 90 días con entrega a domicilio. Límite de gastos de bolsillo para medicamentos con receta: $500 individual/$1,000 familiar Pueden aplicarse límites de despacho para ciertos medicamentos. Ciertos servicios de prevención individuales estarán incluidos sin costo para el asegurado. Para obtener una lista completa de estos medicamentos con receta o servicios, comuníquese con Servicio al Cliente. El monto que usted puede pagar por suministros para 30 días de un medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o el tipo, no debe ser superior a $35 cuando se obtiene de una farmacia participante.
	Medicamentos de marca preferidos	$15 por receta médica (en locales comerciales) $30 por receta médica (con entrega a domicilio)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	$40 por receta médica (en locales comerciales) $80 por receta médica (con entrega a domicilio)	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	$40 por receta médica	Sin cobertura	Puede que se requiera autorización previa. Los medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días, excepto en el caso de ciertos regímenes de dosificación designados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés).
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.
	Honorarios del médico o cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Cargos del centro: $100 por consulta Cargos médicos de la sala de emergencias: Sin cargo	Cargos del centro: $100 por consulta Cargos médicos de la sala de emergencias: Sin cargo	No se aplica el copago en caso de admisión.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Solo transportación terrestre.
	Atención médica inmediata	$30 por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/$50 por consulta con un especialista (SPC, en inglés)	Sin cobertura	Debe estar afiliado al grupo de médicos elegido por el asegurado; de lo contrario, se requiere un referido.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.
	Honorarios del médico o cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	$30 por consulta	Sin cobertura	Consultas ilimitadas. No se requiere un referido para las visitas al consultorio.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	Sin cobertura	Días ilimitados. Se requiere un referido.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$30 por consulta con un PCP/$50 por consulta con un SPC	Sin cobertura	El copago se aplica solo a la primera consulta prenatal. Los gastos compartidos no se aplican a los

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)	
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	Sin cargo	Sin cobertura	servicios de prevención. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago o deducible. La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cobertura	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	No incluye cuidado de custodia. Se requiere un referido.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido. Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de equipo médico duradero se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos.
	Cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un referido.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Límite de un examen cada 12 meses realizado por proveedores participantes.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Asignación de $75 para lentes de contacto y de $125 para armazones cada 24 meses.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

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

- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de servicio privado

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

- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Audífonos (1 dispositivo por oído cada 24 meses)
- Cirugía bariátrica (solo cuando sea de necesidad médica)
- Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Mayor parte de la cobertura provista fuera de los Estados Unidos. Visite www.bcbsil.com
- Programas de pérdida de peso (salvo que sean sin supervisión médica)
- Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, al 1-800-892-2803 o visite www.bcbsil.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: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-892-2803 o visitar www.bcbsil.com, o bien 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. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al 1-877-527-9431 o visite http://insurance.illinois.gov.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? **Sí.**
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para 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 1-800-892-2803.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-892-2803.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-892-2803.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-892-2803.

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 coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

- **Deducible general del plan** **$0**
- **Copago del especialista** **$50**
- **Coseguro/copago del hospital (centro)** **$0**
- **Otros** **$0**

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:	
Gastos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$40
Coseguro	$0
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	$60
El total que debe pagar Peg es	**$100**

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- **Deducible general del plan** **$0**
- **Copago del especialista** **$50**
- **Coseguro/copago del hospital (centro)** **$0**
- **Otros** **$0**

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:	
Gastos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$900
Coseguro	$0
¿Qué servicios no incluye el plan?	
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)

- **Deducible general del plan** **$0**
- **Copago del especialista** **$50**
- **Coseguro/copago del hospital (centro)** **$0**
- **Otros** **$0**

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:	
Gastos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$300
Coseguro	$0
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Mia es	**$300**

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

BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

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
Attn: 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@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:

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

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios de quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en bcbsil.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.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

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 Sprachassistenzdienste 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 ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ 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: 한국어 를 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 yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر فارسي صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده 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 serbisyong 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	توجہ 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 (711:TTY) 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.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association