



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 1-877-299-2377 o visite <https://policy-srv.box.com/s/09vsegch95i2xvyswgp0th7w0jxx4mon>. 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?	\$1,200 individual/\$3,600 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 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 alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , los <u>medicamentos con receta</u> y la <u>atención médica preventiva</u> están incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> incluye ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede consultar una lista de los <u>servicios de prevención</u> incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 Individual/\$200 Familiar de <u>deducible</u> para <u>medicamentos con receta</u> que son de marca. 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 no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , <u>cargos por 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 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> ?	Sí.	El <u>plan</u> pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios incluidos prestados por un <u>especialista</u> , siempre y cuando tenga un <u>referido</u> antes de consultar con un <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 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; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$70 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. 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> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	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 documento de la póliza o el plan en <https://policy-srv.box.com/s/09vsegch95i2xvyswgp0th7w0jxx4mon>.

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 acerca de la cobertura para medicamentos con receta disponible en www.bcbstx.com	Medicamentos genéricos	\$15 por receta médica en locales comerciales/\$45 con entrega a domicilio; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	<u>Deducible de medicamentos con receta:</u> \$200 individual/\$200 familiar La venta en locales comerciales incluye un suministro para 30 días. Con la receta médica adecuada, está disponible un suministro por hasta 90 días. La entrega a domicilio incluye un suministro para 90 días. Puede requerirse el pago de la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico, si un medicamento genérico está disponible. Ciertos medicamentos requieren aprobación antes de que estén incluidos. Los <u>gastos compartidos</u> de la insulina incluida en la lista de medicamentos no deben superar los \$25 por receta médica por un suministro para 30 días, independientemente de la cantidad o el tipo de insulina que se requiera para surtir la receta médica. Los <u>medicamentos especializados</u> se deben obtener de un <u>proveedor</u> de farmacia de medicamentos especializados que forma parte de la red. Los <u>medicamentos especializados</u> están limitados 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). La entrega a domicilio no está incluida.
	Medicamentos de marca preferidos	25% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico o 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 documento de la póliza o el plan en <https://policy-srv.box.com/s/09vsegch95i2xvyswgp0th7w0jxx4mon>.

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	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Cargos del centro: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencia: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Cargos del centro: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
	<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 incluida.
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$50 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no están incluidos por el arancel de consulta. Para ver algunos ejemplos, consulte la sección "Si tiene que hacerse una prueba" en la página 2.
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 o cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$30 por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener información. Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Servicios para pacientes internados	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 documento de la póliza o el plan en <https://policy-srv.box.com/s/09vsegch95i2xvyswgp0th7w0jxx4mon>.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 para un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/ \$70 para un especialista (SPC, en inglés); 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 <u>maternidad</u> puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
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	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 por consulta con un PCP/ \$70 por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u> ; 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados y pacientes internados	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 por consulta con un PCP/ \$70 por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u> ; 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados y pacientes internados	Sin cobertura	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en <https://policy-srv.box.com/s/09vsegch95i2xvyswgp0th7w0jxx4mon>.

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>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Límite de 60 consultas por año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	<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	\$30 para un PCP/\$70 para un SPC; no se aplica el <u>deducible</u>	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 plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención médica a largo plazo • Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cuidado de rutina de los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de servicio privado • Programas de pérdida de peso

Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos, cobertura limitada) • Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (1 por oído, por un período de 36 meses) • Cirugía cosmética (cobertura limitada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) • Tratamiento para la infertilidad (diagnóstico de infertilidad incluido, tratamiento de fertilización in vitro no incluido)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en <https://policy-srv.box.com/s/09vsegch95i2xvyswgp0th7w0jxx4mon>.

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 1-877-299-2377 o visite www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, 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 por 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 la entidad reguladora 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 1-877-299-2377 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 1-877-299-2377 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 ciertos 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 1-877-299-2377.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-299-2377.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-299-2377.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-299-2377.

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 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)

■ <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 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

<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coseguro</u>	\$2,300

¿Qué servicios no incluye el plan?

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que debe pagar Peg es	\$3,600
---------------------------------------	----------------

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 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 en el ejemplo	\$5,600
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Gastos compartidos

<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$0

¿Qué servicios no incluye el plan?

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que debe pagar Joe es	\$1,720
---------------------------------------	----------------

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 en el ejemplo	\$2,800
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Gastos compartidos

<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$200

¿Qué servicios no incluye el plan?

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Mia es	\$1,700
---------------------------------------	----------------

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 de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad.

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

Si considera 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, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 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>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



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 talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول بلع المساعدة والمعلومات الضرورية بلعتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل بلع الرمز 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपके अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'í t'áá níik'e níká a'doolwoł dóo bina'ídiłkidgíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í'í hodiłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں منتمدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.