



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.bcbstx.com/member/policy-forms/2018 o llamando 1-800-521-2227. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf> o llamar a 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red \$5,000 Individual/\$10,000 Familiar <u>fuera de la red</u> \$10,000 Individual/\$20,000 Familiar	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia incluidos en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos por <u>deducible</u> que paguen todos los miembros alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Los servicios de atención preventiva no están incluidos en el <u>deducible</u> dentro de la <u>red</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Sí. Dentro de la <u>red</u> \$5,000 Individual/\$10,000 Familiar <u>fuera de la red</u> \$20,000 Individual/\$40,000 Familiar	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia incluidos en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus límites de gastos propios individuales hasta alcanzar el límite familiar total de gastos propios.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	<u>Primas</u> , <u>cargos facturados a saldo</u> y atención de la salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte www.bcbstx.com o llame al 1-800-810-2583 para obtener un listado de los proveedores participantes.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No. No necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> .	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte a su <u>Proveedor</u> para saber si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique qué cubrirá su <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.bcbstx.com/member/rx_drugs.html	Medicamentos genéricos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Los pagos de beneficios se basan en un suministro de 30 días para farmacia y envío por correo. Con una receta adecuada, hay disponible un suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Los pagos de beneficios se basan en un suministro de 30 días solo para farmacia, no para envío por correo. Con una receta adecuada, hay disponible un suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos especializados	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/ cirujano	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Multa de \$250 por servicios <u>fuera de la red</u> sin <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/ cirujano	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a 25 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios; consulte el folleto de beneficios para obtener detalles.
	Servicios internos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Cobertura limitada a 10 días por año calendario.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	ninguna
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización solo si se solicita una extensión del tiempo mínimo de internación.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitado a 60 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Limitado a 35 visitas combinadas por año, incluida quiropráctica.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitado a 25 días por año calendario.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	ninguna
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Atención dental (Adulto)
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado de largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privado

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Cuidado de rutina de los ojos (Adulto)
- Cuidado de rutina de los pies (Cubierto solamente en relación con diabetes, desórdenes circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia venosa o arterial crónica)
- Tratamiento de infertilidad (La fertilización in vitro y la inseminación artificial no están cubiertas)

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: 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, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en el 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com, oo comuníquese con Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Language Access Services:

Spanish (Español): 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, kwiiijigo holne' 1-800-521-2227.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendrá que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$5,000
■ <u>Especialista</u>	\$0
■ Hospital (instalaciones)	\$0
■ Otro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético **\$12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$5,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$5,000
■ <u>Especialista</u>	\$0
■ Hospital (instalaciones)	\$0
■ Otro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético **\$7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$5,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría sería	\$5,060

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$5,000
■ <u>Especialista</u>	\$0
■ Hospital (instalaciones)	\$0
■ Otro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético **\$1,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,900
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría sería	\$1,900

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 تساعدك أسئلة، فإليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضواً، 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、情報を入力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.
ລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ ທ່ານມີສິດຂໍອີກການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍມູນບັນນາທາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ເພື່ອນັກບາຍເບຣັກໄວລາສາ. ໃຫ້ໂທຫາເບີຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídogo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'í' hadeesdzih níningo éí kwe'é da'íniishgí áká anídaalwo'ígíí bich'í' hodíłnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éé'góó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíłnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی 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	گر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.



Health care coverage is important for everyone.

We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance.
We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age or disability.

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

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

Phone: 855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Email: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

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

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