

## Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la normativa aplicable). Brindamos a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas gratuitas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros. También proporcionamos servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés.

Para recibir modificaciones razonables, ayudas para la comunicación o asistencia lingüística de forma gratuita, llámenos al [1-855-710-6984](tel:1-855-710-6984).

Si considera que hemos fallado al prestar un servicio o cree que hemos discriminado de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante:

### **Coordinador de la Oficina de Derechos Civiles**

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

Teléfono: [1-855-664-7270](tel:1-855-664-7270) (correo de voz)

TTY/TDD: [1-855-661-6965](tel:1-855-661-6965)

Fax: [1-855-661-6960](tel:1-855-661-6960)

Correo

electrónico: [civilrightscoordinator@bcbsil.com](mailto:civilrightscoordinator@bcbsil.com)

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el coordinador de la Oficina de Derechos Civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una inconformidad en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en:

### **U.S. Dept. of Health & Human Services**

200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019)

TTY/TDD: [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697)

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Si es asegurado de **Medicare**, [vea nuestro Aviso de no discriminación aquí](#).

Si es asegurado de **Medicaid**, [vea nuestro Aviso de no discriminación aquí](#).