



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el plan de cobertura médica. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan de cobertura los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA:** La información acerca del costo de este plan de cobertura (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 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com/trscarestandard. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver 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?	<u>Dentro de la red</u> : \$1,700 individual/\$3,400 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$3,400 individual/\$6,800 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 de cobertura</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general familiar antes de que el <u>plan de cobertura</u> comience a pagar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> está incluida antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan de cobertura</u> incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan de cobertura</u> incluye ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de costo de bolsillo</u> para este <u>plan de cobertura</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$5,650 individual/\$11,300 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$11,300 individual/\$22,600 familiar	El <u>límite de costo 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 de cobertura</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de costo de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de costo de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los costos que no se incluyen en el <u>límite de costo de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> y atención médica que este <u>plan de cobertura</u> no incluye.	Aunque usted pague estos costos, no se los contabiliza para el <u>límite de costo de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbstx.com/trscarestandard o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan de cobertura</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan de cobertura</u> . 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 entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan de cobertura</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor fuera 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 una <u>referencia</u> (referido) para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>referencia</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 dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Incluye médico especialista en medicina interna, médico general, médico de familia, pediatra, médicos de salud conductual o ginecólogo. Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; consulte la póliza de su <u>plan de cobertura</u> para obtener más información. Tarifa de la consulta médica Teladoc de TRS Virtual Health: \$42, RediMD \$30.
	Consulta con un <u>especialista</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/ exámenes de detección/ vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	<u>Atención médica preventiva</u> de TRS: https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx . Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan de cobertura</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Examen diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información acerca de la cobertura para medicamentos con receta disponible en express-scripts.com/trscarestandard o llamando al 855-778-1459	Medicamentos genéricos	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Incluye un suministro para 31 días (en farmacias locales) o un suministro de entre 60 y 90 días (de mantenimiento con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Su costo será mayor por preferir medicamentos de marca en lugar de medicamentos genéricos. Las reclamaciones fuera de la red están incluidas a través de un envío directo de reclamaciones. El reembolso corresponde a la cantidad permitida que se habría cobrado en una farmacia de la red menos el copago después de que se alcance el deducible del medicamento. Todos los medicamentos de especialidad deben surtir a través de la Farmacia de Medicamentos Especializados Accredited llamando al 800-596-7701. Los medicamentos de especialidad no están incluidos a través de la farmacia. Todos los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para hasta 31 días. El programa SaveOnSP le permite obtener medicamentos de especialidad seleccionados sin costo alguno para usted después de que alcance el deducible. Puede comunicarse con SaveOnSP al 800-683-1074 para resolver cualquier duda relacionada con el Programa SaveOnSP. Costo de bolsillo por la insulina del formulario: Copago por receta médica, no se aplica el deducible: \$25 (en farmacias locales), \$75 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Comuníquese con Servicio al Cliente al 855-778-1459 si desea verificar si su insulina está en el formulario. Suministro para 90 días de agujas, tiras reactivas, lancetas y jeringas: \$0 de copago Medicamentos de marca y fuera del formulario: Se aplican el deducible y los copagos/coseguros. No es necesario procesar los suministros para personas diabéticas el mismo día que la insulina.
	Medicamentos de marca preferidos	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	El transporte terrestre y aéreo está incluido. El transporte aéreo requiere <u>autorización previa</u> . Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención médica inmediata/urgente</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$400 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros fuera de la red</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el manual de beneficios* para obtener detalles. Las consultas de terapia pueden realizarse con un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico profesional, consejero o terapeuta. Las consultas virtuales están disponibles a través de Teladoc para los participantes incluidos que tienen 13 años o más. Consulte la póliza de su plan de cobertura para obtener más información. Tarifas de las consultas de salud conductual: Psiquiatra (consulta inicial) \$185.00, psiquiatra (consulta continua) \$95.00; psicólogo y trabajador social clínico profesional \$85.00.

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	Servicios de hospitalización	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$400 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros fuera de la red</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <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>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$400 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros fuera de la red</u> .
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Límite de 120 consultas por año calendario combinadas para la atención médica a domicilio y el servicio de enfermería privado. El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 25 días para fisioterapia y terapia ocupacional por año calendario; se permiten días adicionales si se considera médicamente necesario. Esto incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 25 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros fuera de la red</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	<u>Servicios de hospicio</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros fuera de la red</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para menores	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para menores	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para menores	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

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

- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Cirugía plástica
- Programas de pérdida de peso
- Servicios dentales (adulto)
- Servicios de rutina de los ojos (para adultos, con la excepción de las personas con diagnóstico de diabetes)
- Servicios de rutina de los pies
- Tratamiento para la infertilidad

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

- Acupuntura
- Atención quiropráctica (20 visitas por año calendario)
- Audífonos (1 por oído por cada período de 36 meses)
- Cirugía bariátrica
- Enfermería de servicio privado

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

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organizaciones que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas organizaciones es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre cobertura médica grupal, comuníquese con el plan de cobertura, Blue Cross and Blue Shield of Texas, al 1-866-355-5999 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 seguros de costos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Los planes de cobertura 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 queja formal y apelaciones: Existen organizaciones que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan de cobertura por una negación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal 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 de cobertura, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o queja formal a su plan de cobertura por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con las siguientes organizaciones: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: Comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 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 médicos grupales gubernamentales no federales y plan de cobertura eclesiásticos que son seguros médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 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 visitando www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

¿Este plan de cobertura proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes de cobertura, 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 a fin de obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Este plan de cobertura cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan de cobertura 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 de cobertura a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

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

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

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 de cobertura 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 de cobertura incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan de cobertura. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en los distintos seguros 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 de cobertura</u>	\$1,700
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <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
 Examen diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,200
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$3,960

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible general del plan de cobertura</u>	\$1,700
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <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*)
 Examen 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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$700
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,420

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan de cobertura</u>	\$1,700
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <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*)
Examen diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,900

Aviso de no discriminación

La cobertura de atención médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el conocimiento limitado del idioma inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (según lo establecido en la normativa aplicable). Ofrecemos a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y ayudas de comunicación sin costo para garantizar una comunicación efectiva con nosotros. También proporcionamos servicios gratuitos de asistencia lingüística a las personas cuyo idioma principal no es el inglés.

Para recibir modificaciones razonables, asistencia con la comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, puede presentar una queja con:

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número de teléfono gratuito que aparece en la parte posterior de su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

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:

US Dept of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Portal de quejas:	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Formularios de quejas:	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

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



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 Sprachassistentendienste 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. ચોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ 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 가능 한 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 yánilti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
Farsi فارسي	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoc 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 serbisyonang 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.
Urdu اردو	توجه 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 (TTY: 711) 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.