



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un 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, visite www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025 o llame al 1-800-541-2768. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos 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?	Individual: Participante \$2,000; No participante \$4,000 Familiar: Participante \$6,000; No participante \$12,000	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. Cierta <u>atención médica preventiva</u> , los servicios que cobran un <u>copago</u> y los <u>medicamentos con receta</u> tienen cobertura antes de cumplir con 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> cubre ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Puede ver una lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. Hospitalizaciones fuera de la red: \$300. 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> ?	Individual: Participante \$5,000; No participante \$15,000 Familiar: Participante \$15,000; No participante \$45,000	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> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica 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.bcbsil.com o llame al 1-800-541-2768 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> participantes.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>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> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</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 participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (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	\$35 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Consultas virtuales: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> . Consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$35 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/ exámenes de detección/ vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	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	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Atención primaria: \$35 por consulta <u>Especialista</u> : \$35 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)
SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists	Medicamentos genéricos (Preferidos)	En locales comerciales: Preferido: \$5 por receta médica No preferido: \$15 por receta médica Entrega a domicilio: \$15 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	En locales comerciales: \$15 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas de la red). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. Los <u>medicamentos especializados</u> se limitan a un suministro de 30 días, excepto para ciertos regímenes de dosificación designados por la FDA. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un medicamento genérico si este último está disponible. Todas las recetas fuera de la red están sujetas a un cargo adicional del 50% después del <u>copago/coseguro</u> aplicable. No se aplicará ningún cargo adicional a ningún deducible o monto de bolsillo. Puede ser elegible para sincronizar sus resurtidos de recetas; consulte su folleto de beneficios* para obtener más detalles. El monto que usted puede pagar por suministros para 30 días de un medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o tipo, no debe ser superior a \$35, cuando se obtiene de una Farmacia Participante.
	Medicamentos genéricos (No preferidos)	En locales comerciales: Preferido: \$15 por receta médica No preferido: \$25 por receta médica Entrega a domicilio: \$45 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	En locales comerciales: \$25 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca (Preferidos)	En locales comerciales: Preferido: \$45 por receta médica No preferido: \$65 por receta médica Entrega a domicilio: \$135 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	En locales comerciales: \$65 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca (No preferidos)	En locales comerciales: Preferido: \$85 por receta médica No preferido: \$105 por receta médica Entrega a domicilio: \$255 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	En locales comerciales: \$105 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u> (Preferidos)	\$250 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	\$250 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)

SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
	Medicamentos <u>especializados</u> (No preferidos)	\$350 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	\$350 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	
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>	50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles.
	Honorarios del médico o cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$200 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$200 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No se aplica el <u>copago</u> en caso de admisión.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte que no sea de emergencia; consulte su certificado de beneficios* para obtener información.
	<u>Atención médica inmediata</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	\$300 por consulta más un 50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Multa por <u>autorización previa</u> : \$1,000 o el 50% del cargo elegible dentro de la red, \$500 fuera de la red. Consulte su folleto de beneficios* para obtener más detalles.
	Honorarios del médico o cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$35 por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)
SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
	Servicios para pacientes internados	20% de <u>coseguro</u>	\$300 por consulta más un 50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención primaria: \$35 por consulta inicial <u>Especialista: \$35 por consulta inicial;</u> no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	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 maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	\$300 por consulta más un 50% de <u>coseguro</u>	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	\$300 por consulta más un 50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	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.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)
SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
	<u>Cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
- Acupuntura - Atención dental (adultos)	- Atención médica a largo plazo - Cuidado de rutina de los ojos (adultos)	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 <u>plan</u>).		
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos - Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario) - Audífonos (1 por oído cada 24 meses)	- Cirugía bariátrica - Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades) - Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes)	- Enfermería de servicio privado - Tratamiento para la infertilidad (un máximo de 4 extracciones completas de ovocitos, con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)

SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

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 siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-541-2768 o en www.bcbsil.com, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o 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 en www.cciio.cms.gov. 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: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-541-2768 o visitar www.bcbsil.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de 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 llamando 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, seguro médico disponible 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 el 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 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 1-800-541-2768.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-541-2768.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-541-2768.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'tohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-541-2768.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección que se indica a continuación.

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 coseguros) y en los servicios excluidos del 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>	\$2,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$35
■ <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:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,000
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$1,900
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$4,460

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>	\$2,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$35
■ <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:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$1,200
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,020

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$35
■ <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:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,700
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,000

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)
 SBC IL Non-HMO LG-2025



BlueCross BlueShield of Illinois

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

Tener cobertura médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo adicional. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud o discapacidad. Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

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

Usted tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

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/smartscreen/main.jsf>
Formulario de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

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

Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	لتلقي المساعدة اللغوية أو التواصل مجانًا، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinit's'á'góó, shá ata' hodooni ninízingo, t'áájiik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jį' hodiilni.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.

