**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, visite **azblue.com/member** o llame al **1-855-818-0237**. 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 el glosario en **healthcare.gov/sbc-glossary** o llamar al **1-855-818-0237** para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | Proveedores dentro de la red: **$750** por miembro y **$1,500** por familia. | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible, antes de que el plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general. Salvo que se muestre copago, cargo u otro porcentaje, el porcentaje de coseguro del monto permitido que usted paga por la mayoría de los servicios es del 30% dentro de la red. |
| **¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?** | Sí. Determinados servicios preventivos dentro de la red; atención primaria dentro de la red y visitas a especialistas; medicamentos con receta; atención en la sala de emergencia; visitas por atención de urgencia dentro de la red. | Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin el costo compartido y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?** | No. | No tiene que pagar deducibles por servicios específicos. |
| **¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?** | Proveedores dentro de la red: **$3,000** por miembro y **$6,000** por familia. | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, ellos deben pagar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta alcanzar el límite a los gastos directos del bolsillo familiar general. |
| **¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo?** | Las primas, los cargos de precertificación fuera de la red, la facturación del saldo y los costos de atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|---|
| **¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red?** | Sí. Vea www.azblue.com o llame al 1-855-818-0237 para una lista de proveedores de la red. | Este plan no cubre servicios de proveedores fuera de la red, excepto en circunstancias muy limitadas. Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| **¿Necesita un referido para ver a un especialista?** | No. | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido. |

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 en 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 | $15 de copago, no se aplica el deducible | Sin cobertura | El copago al especialista se aplica a la mayoría de los servicios quiroprácticos. $10 de copago por consultas de telesalud médicas a través de BlueCare Anywhere. |
| | Visita al especialista | $45 de copago, no se aplica el deducible | | |
| | Atención preventiva/ examen colectivo/vacuna | Sin cargo, no se aplica el deducible | Sin cobertura | No se cubren los servicios preventivos que no exige la ley estatal o federal. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. |
| **Si se realiza un examen** | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Copago de visita al consultorio, no se aplica el deducible, o se aplica un 30% de coseguro | Sin cobertura | No se aplica el costo compartido si solo se reciben servicios de laboratorio durante la visita al consultorio médico y se usan laboratorios clínicos independientes contratados. El costo compartido varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de proveedor y estado en la red. |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada/estudio PET, resonancia magnética) | | | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección.** Hay más información disponible acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** en www.azblue.com | Medicamentos con receta del nivel 1 | $10 de copago por un suministro de 30 días, no se aplica el deducible | Sin cobertura | Algunos medicamentos requieren precertificación y no tendrán cobertura sin ella. El costo por un suministro de 90 días es de 2.5 copagos en una farmacia minorista y 2.5 copagos en una farmacia de pedidos por correo. Los medicamentos de venta minorista, pedidos por correo y suministro de 90 días para venta minorista no están cubiertos fuera de la red. |
| | Medicamentos con receta del nivel 2 | $40 de copago por un suministro de 30 días, no se aplica el deducible | Sin cobertura | |
| | Medicamentos con receta del nivel 3 | $75 de copago por un suministro de 30 días, no se aplica el deducible | Sin cobertura | |
| | Medicamentos especializados | $75 de copago, no se aplica el deducible | Sin cobertura | Los copagos de medicamentos especializados cubren un suministro de hasta 30 días. No tiene cobertura sin precertificación. |
| **Si se somete a una cirugía ambulatoria** | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | | | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencia | $150 de copago, no se aplica el deducible | | Si el paciente es ingresado en el hospital, no se aplica el copago. |
| | Transporte médico de emergencia | 30% de coseguro | | Ninguna |
| | Atención de urgencia | $75 de copago, no se aplica el deducible | Sin cobertura | El copago se aplica únicamente a los centros contratados específicamente para proveer atención de urgencia. |
| **Si le hospitalizan** | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | | | |
| | Atención a largo plazo para enfermos agudos (LTAC) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Límite total de 365 días por LTAC por miembro. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías** | Servicios ambulatorios | Copago de visita al consultorio, no se aplica el deducible, o se aplica un 30% de coseguro. El monto del copago varía según el PCP/especialista. | Sin cobertura | El copago se aplica a las visitas a clínicas sin cita previa, domiciliarias y al consultorio. El coseguro se aplica a todas las demás ubicaciones. $20 de copago por consultas de telesalud para asesoramiento y consultas de telesalud para servicios psiquiátricos a través de BlueCare Anywhere. |
| | Servicios internos | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Copago de visita al consultorio, no se aplica el deducible, o se aplica un 30% de coseguro | Sin cobertura | Además del copago inicial, no se aplica el costo compartido dentro de la red para el cargo general del médico y las visitas al consultorio y a domicilio que realice el médico. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago, coseguro, o deducible. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos dentro de la red. |
| | Servicios de parto profesionales | | | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 30% de coseguro | | |
| **Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales** | Cuidado de la salud en el hogar/ terapia de infusión en el hogar | 30% de coseguro | Sin cobertura | Algunos medicamentos requieren precertificación y no tendrán cobertura sin ella. Limitado a 6 horas de atención por miembro, por día. Se aplica el límite de 6 horas a menos que sea necesario por motivos médicos. |
| | Servicios de rehabilitación<br>• EAR = Centro de rehabilitación activa extendida<br>• PT/OT/ST = Terapia física, ocupacional y del lenguaje | 30% de coseguro | Sin cobertura | Límite de 180 días por año del plan para servicios en un EAR y un SNF combinados. El plan no cubre la terapia física y ocupacional de grupo. |
| | Servicios de habilitación | Sin cobertura | Sin cobertura | |
| | Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializado (SNF) | 30% de coseguro | Sin cobertura | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo) | |
| | Equipo médico duradero | Copago de visita al consultorio, no se aplica el deducible, o se aplica un 30% de coseguro | Sin cobertura | El costo compartido varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de proveedor y estado en la red. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| **Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista** | Examen de la vista pediátrico | Sin cobertura | Sin cobertura | Excluidos. Exámenes para miembros menores de 5 años cubiertos bajo "Atención preventiva/ examen colectivo/vacuna". |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Excluidos |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin cobertura | Sin cobertura | Excluidos |

**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 que no es necesaria por motivos médicos
- Cirugía estética, suministros y servicios estéticos
- Atención de custodia
- Atención dental, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Cargos por alquiler/reparación del equipo médico duradero (DME) que supere el precio de compra
- Tratamientos experimentales o de investigación con las excepciones que se establezcan en el plan
- Anteojos, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios y tratamiento para el pie plano
- Análisis cromosómicos y genéticos, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios de habilitación
- Audífonos
- Cuidado de la salud en el hogar y terapia de infusión que exceda las 6 horas de atención por miembro por día; se aplica el límite de 6 horas a menos que sea necesario por motivos médicos
- Servicios homeopáticos
- Tratamiento y medicamentos para la infertilidad
- Tratamiento como paciente internado en un EAR y tratamiento como paciente internado en un SNF que supere los 180 días combinados por año del plan
- Atención de largo plazo, excepto la atención de largo plazo para enfermos agudos hasta un máximo de 365 días de beneficios del plan
- Terapia de masajes, aparte de la permitida por las pautas de cobertura médica
- Servicios de naturopatía
- Medicamentos pedidos por correo por venta minorista fuera de la red, medicamentos especializados fuera de la red y suministro de medicamentos de 90 días por venta minorista fuera de la red
- No se cubren los servicios preventivos que no exige la ley estatal o federal
- Servicios de enfermería privada
- Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Atención de la vista de rutina
- Cuidado de los pies de rutina
- Los servicios, pruebas y procedimientos que están excluidos por las pautas de cobertura médica
- Servicios y tratamiento para la disfunción sexual
- Programas de pérdida de peso

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

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de esas agencias es:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov.
- Las normas federales de continuidad de cobertura COBRA no cubren los planes eclesiásticos. Si se asegura la cobertura, las personas deben comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona (al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix) sobre sus posibles derechos para continuar la cobertura conforme a la ley estatal.

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.CuidadoDeSalud.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:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-855-818-0237. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o
  1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal y planes eclesiásticos que sean planes de salud grupales, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-855-818-0237. Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.

**¿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.

*——————————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 atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría 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 deducible general del plan** | **$750** |
| ■ **Copago al especialista** | **$45** |
| ■ **Coseguro del hospital (instalaciones)** | **30%** |
| ■ **Otro coseguro** | **30%** |

**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** | **$12,700** |

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| | |
|---|---|
| *Costo compartido* | |
| Deducibles | $750 |
| Copagos | $50 |
| Coseguro | $2,210 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$3,070** |

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

| | |
|---|---|
| ■ **El deducible general del plan** | **$750** |
| ■ **Copago al especialista** | **$45** |
| ■ **Coseguro del hospital (instalaciones)** | **30%** |
| ■ **Otro coseguro** | **30%** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$7,400** |

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| | |
|---|---|
| *Costo compartido* | |
| Deducibles | $110 |
| Copagos | $960 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$1,130** |

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

| | |
|---|---|
| ■ **El deducible general del plan** | **$750** |
| ■ **Copago al especialista** | **$45** |
| ■ **Coseguro del hospital (instalaciones)** | **30%** |
| ■ **Otro coseguro** | **30%** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Sala de emergencia *(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:**

| | |
|---|---|
| *Costo compartido* | |
| Deducibles | $750 |
| Copagos | $240 |
| Coseguro | $30 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$1,020** |

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

# Multi-language Interpreter Services

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue Cross Blue Shield of Arizona, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 602-864-4884.

Navajo: Díí kwe'é atah nílínígíí Blue Cross Blue Shield of Arizona haada yit'éego bína'ídílkidgo éí doodago Háida bíjá anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'ídílkidgo beehaz'áanii hóló̜ díí t'áá hazaadk'ehjí háká a'doowołgo bee haz'ą́ doo bą́ą́h ílínígóó. Ata' halne'ígíí kojį' bich'į' hodíilnih 877-475-4799.

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於插入項目的名稱 Blue Cross Blue Shield of Arizona 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 在此插入數字 877-475-4799。

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Blue Cross Blue Shield of Arizona quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 877-475-4799.

Arabic:

إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Blue Cross Blue Shield of Arizona، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة .للتحدث مع مترجم اتصل ب 877-475-4799.

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Blue Cross Blue Shield of Arizona, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 877-475-4799.

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Blue Cross Blue Shield of Arizona 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 877-475-4799 로 전화하십시오.

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Blue Cross Blue Shield of Arizona, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 877-475-4799.

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Blue Cross Blue Shield of Arizona 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 877-475-4799 an.

Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Blue Cross Blue Shield of Arizona, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 877-475-4799.

Japanese: ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Blue Cross Blue Shield of Arizona について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、情報を入手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、877-475-4799 までお電話ください。

Farsi:

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Blue Cross Blue Shield of Arizona ، داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید .877-475-4799 تماس حاصل نمایید.

Assyrian:

[illegible]، Blue Cross Blue Shield of Arizona [illegible] 877-475-4799.

Serbo-Croatian: Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomažete ima pitanje o Blue Cross Blue Shield of Arizona, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 877-475-4799.

Thai: หากคุณ หรือคนที่คุณกาลังช่วยเหลือมีค่าถามเกี่ยวกับ Blue Cross Blue Shield of Arizona คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พูดคุยกับล่าม โทร 877-475-4799

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. BCBSAZ proporciona ayuda y servicios sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros. BCBSAZ también proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al (602) 864-4884 si habla español y al 1 (877) 475-4799 si habla otros idiomas y para solicitar otro tipo de ayuda y servicios.

Si cree que BCBSAZ no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ, dirigida a: Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Arizona, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466, (602) 864-2288, TTY/TDD (602) 864-4823, crc@azblue.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.