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/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.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: $3,000 Individual/$9,000 Familiar. Fuera de la red: $6,000 Individual/$18,000 Familiar.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia incluidos en el plan, cada uno debe alcanzar su deducible individual hasta que la cantidad total de gastos por deducible que paguen todos los miembros alcance el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Si. Cuidado preventiva.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para Red: $3,000 Individual/$9,000 Familiar. Para Fuera de la red: $6,000 Individual/$18,000 Familiar.	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 incluidos en este plan, deben alcanzar sus límites de gastos propios individuales hasta alcanzar el límite familiar total de gastos propios.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, cargos facturados a saldo y atención de la salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Si. Consulte **www.bcbstx.com** o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedir dentro de la red del plan. 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 en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

⚠ 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 de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el 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	Sin cargo	Ninguna
	Visita al especialista	Sin cargo	Sin cargo	
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo; el deducible no se aplica	Sin cargo	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte a su Proveedor para saber si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique qué cubrirá su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargeo	Sin cargeo	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargeo	Sin cargeo	Se requiere una autorización previa. Multa del 50% si no se obtiene autorización previa fuera de la red (sin exceder los $500).
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** en https://www.myprime.com/content/dam/prime/memberportal/forms/AuthorForms/HIM/2018/TX_6T_EX.pdf	Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargo	Sin cargo	Limitado a un suministro de 30 días en farmacias. Un suministro de hasta 90 días para los envíos por correo o en un farmacias seleccionadas de la red. Se cubre un suministro de hasta 30 días de medicamentos especializados. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y uno genérico si este último está disponible. Todas las recetas fuera de la red están sujetas a un cargo adicional del 50% después del copago/coseguro aplicable.
	Medicamentos genéricos no preferidos	Sin cargo	Sin cargo	
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	Sin cargo	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo	Sin cargo	
	Medicamentos especiales preferidos	Sin cargo	Sin cargo	
	Medicamentos especiales no preferidos	Sin cargo	Sin cargo	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cargo	El aborto electivo no se cubre, excepto en circunstancias limitadas. Multa del 50% si no se obtiene autorización previa fuera de la red (sin exceder los $500).
	Honorarios del médico/ cirujano	Sin cargo	Sin cargo	La terminación del embarazo no se cubre, excepto en circunstancias limitadas. Multa del 50% si no se obtiene autorización previa fuera de la red (sin exceder los $500).
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	
	Atención de urgencia	Sin cargo	Sin cargo	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cargo	Multa de $250 si no se autoriza previamente un servicio fuera de la red.
	Honorarios del médico/ cirujano	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Sin cargo	Sin cargo	Paciente ambulatorio: Se requiere autorización previa para exámenes psicológicos, exámenes neuropsicológicos, exámenes electroconvulsivos, estimulación magnética transcraneal repetitiva, tratamiento ambulatorio intensivo y trastorno del espectro autista. Paciente internado: Multa de $250 si no se obtiene autorización previa para obtener servicios fuera de la red.
	Servicios internos	Sin cargo	Sin cargo	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	Su costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos. Puede aplicarse un deducible, según el tipo de servicio que reciba. Es posible que la atención materna incluya pruebas y servicios que se encuentren descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Sin cargo	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	Sin cargo	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	Sin cargo	60 visitas máximo por período de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cargo	35 visitas máximo por período de beneficios, incluidas las visitas al quiropráctico.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cargo	
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cargo	25 días máximo por período de beneficios. Multa de $250 si no se obtiene autorización previa para obtener servicios fuera de la red.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	Sin cargo	Multa de $250 si no se obtiene autorización previa para obtener servicios fuera de la red.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo; el deducible no se aplica	No cubierto	Una visita por año. *Consulte el folleto de beneficios para obtener detalles.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	Un par de anteojos por año. *Consulte el folleto de beneficios para obtener detalles.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	Sin cargo	Dos visitas por año. *Consulte el folleto de beneficios para obtener detalles de la red.

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.)

- Abortos (Excepto cuando un embarazo sea el resultado de una violación o un incesto, o para un embarazo que, según certificación médica, presente un riesgo de muerte para la mujer a menos que se realice un aborto.)
- Acupuntura
- Atención dental (Adulto)
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (Excepto por la corrección de deformidades congénitas o afecciones ocasionadas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades. Cuando médicamente necesarios.)
- Cuidado de largo plazo
- Cuidado de rutina de los ojos (Adulto)
- Cuidado de rutina de los pies (Excepto en relación con la diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia venosa o arterial crónica)
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privado (Excepto para cuidados prolongados)
- Tratamiento de infertilidad (Diagnóstico y tratamiento cubierto; Fertilización in vitro no cubierta)

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o las políticas en **www.bcbstx.com/member/policy-forms/2018**.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)	
• Atención quiropráctica (Máximo de 35 visitas/año)	• Audífonos (Se limita a dos audifono cada tres años)

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 **espanol.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, kwiijigo 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 costoscompartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los serviciosexcluidos dentro 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	$3,000
Especialista copago	$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:

Costo compartido	
Deducibles	$3,000
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,060**

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	$3,000
Especialista copago	$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:

Costo compartido	
Deducibles	$3,000
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría sería	**$3,060**

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

El deducible general del plan	$3,000
Especialista copago	$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:

Costo compartido	
Deducibles	$1,900
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría sería	**$1,900**

El **plan** sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

BlueCross BlueShield of Texas

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 تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضوًا، 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 કૉલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કૉલ 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、またはお客様の身の回りの方でも、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、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 있는고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화주십시오.
ພາສາລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລົມກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາເບີຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'į' hadeesdzih nínízingo éí kwe'é da'ínííshgi áká anídaalwo'ígíí bich'į' hodíílnih, bee nééhózinii bine'dęę' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojį' hodíílnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک مي کنید، سؤالی 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 کررہے 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.

BlueCross BlueShield of Texas

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

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

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Washington, DC 20201	Formulario de quejas:	http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html