



El documento Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) le ayudará a elegir un plan. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado la prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia completa de los términos de la cobertura, visite www.bcbsnm.com/bb/ind/bb_ghsd01cnninmo_nm_2026.pdf o llame al 1-866-236-1702. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamando al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por Qué Es Importante?:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	\$3,000 Individual/\$6,000 Familiar	Generalmente, usted debe 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 usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos de <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios incluidos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de atención médica preventiva, los servicios de salud mental, ciertos servicios con un <u>copago</u> , y algunos <u>medicamentos con receta</u> están incluidos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> incluye algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> incluye ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte 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?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$6,000 Individual/\$12,000 Familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta que el <u>límite de gasto de bolsillo</u> total de la familia se haya alcanzado.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	Primas, cargos de <u>factura con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no incluye.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte la <u>Red</u> Blue Community HMO en www.bcbsnm.com/bluecomm o llame al 1-866-236-1702 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> participantes.	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si usa un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede usar un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que su **deducible** se haya alcanzado, si se aplica un **deducible**.

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 lesión o enfermedad	\$20/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Consultas virtuales/Telemedicina: Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u> . Sin cargo por el tratamiento para el COVID. Usted puede estar sujeto a aranceles adicionales del centro/clínica. Consulte a su proveedor. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$60/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Sin cargo por el tratamiento para el COVID. Usted puede estar sujeto a aranceles adicionales del centro/clínica. Consulte a su proveedor.
	<u>Atención médica preventiva/examen de detección/vacunación</u>	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte lo que pagará su <u>plan</u> . Sin cargo por vacunas contra el COVID.
Si se hace una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	\$60/prueba; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	La Revisión Clínica Recomendada (RCR, en inglés) está disponible. Usted puede estar sujeto a aranceles adicionales del centro/clínica. Consulte a su proveedor. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. Sin cargo por las pruebas de COVID.
	Diagnóstico por Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	\$60/prueba; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	La Revisión Clínica Recomendada (RCR, en inglés) está disponible. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. Las ecografías ginecológicas u obstétricas no requieren autorización previa. Usted puede estar sujeto a aranceles adicionales del centro/clínica. Consulte a su proveedor.

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.bcbsnm.com/bb/ind/bb_ghsd01cnninmo_nm_2026.pdf

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 Encontrará más información sobre la cobertura para recetas en www.bcbsnm.com/rx26/5T	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	En locales comerciales: Preferidos - \$20/receta médica Participantes - \$20/receta médica Entrega a domicilio: \$60/receta médica; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Límite de suministro de 30 días en locales comerciales (o suministro de 90 días en una <u>red</u> de farmacias seleccionadas en locales comerciales). Suministro de hasta 90 días mediante entrega a domicilio. Los <u>medicamentos especializados</u> tienen un límite de suministro de 30 días, excepto para ciertos regímenes de dosificación designados por la FDA. El pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un genérico también puede ser requerido si hay un medicamento genérico disponible. Sus <u>gastos compartidos</u> para un medicamento de insulina incluido no excederá los \$25 por suministro de 30 días. Los pagos de terceros, como los cupones de fabricantes, se aplican al <u>deducible</u> y al <u>límite de gasto de bolsillo</u> . Ciertos medicamentos con receta para atención médica preventiva, el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por consumo de sustancias estarán incluidos sin costo alguno para usted, cuando se obtengan en una farmacia participante. Consulte la lista de medicamentos incluidos de su plan para obtener más información.
	Medicamentos de marca (Preferidos) (Nivel 2)	En locales comerciales: Preferidos - \$30/receta médica Participantes - \$30/receta médica Entrega a domicilio: \$90/receta médica; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	
	Medicamentos de marca (No Preferidos) (Nivel 3)	En locales comerciales: Preferidos - \$100/receta médica Participantes - \$100/receta médica Entrega a domicilio: \$300/receta médica después del <u>deducible</u>	No incluido	
	<u>Medicamentos especializados</u> (Preferidos) (Nivel 4)	\$75/receta médica; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	
	<u>Medicamentos especializados</u> (No Preferidos) (Nivel 5)	\$190/receta médica; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	
	Si tiene una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	\$125/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	
Honorarios del médico/cirujano		\$125/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.bcbsnm.com/bb/ind/bb_ghsd01cnninmo_nm_2026.pdf

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 atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$150/consulta después del <u>deducible</u>	\$150/consulta después del <u>deducible</u>	Se exime el <u>copago</u> del centro/consulta si es admitido. La <u>factura con saldo adicional</u> no está permitida para la atención médica de emergencia fuera de la red. Sin cargo por el tratamiento para el COVID.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$125/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	\$125/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	La Revisión Clínica Recomendada (RCR) está disponible para el transporte en casos que no sean de emergencia. Sin cargo por el tratamiento para el COVID. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$60/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	\$60/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	Sin cargo por el tratamiento para el COVID.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación de hospital)	\$150/consulta después del <u>deducible</u>	No incluido	Se puede requerir autorización previa, a menos que sea en caso de emergencia.
	Honorarios del médico/cirujano	\$150/consulta después del <u>deducible</u>	No incluido	Se puede requerir autorización previa, a menos que sea en caso de emergencia.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Las consultas virtuales/telemedicina están disponibles. La Revisión Clínica Recomendada (RCR, en inglés) está disponible. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Se puede requerir autorización previa; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención primaria: Sin cargo <u>Especialista</u> : \$60; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Se aplica <u>copago</u> a 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> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	\$150/consulta después del <u>deducible</u>	No incluido	
	Servicios de centros de nacimiento/parto	\$150/consulta después del <u>deducible</u>	No incluido	

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.bcbsnm.com/bb/ind/bb_ghsd01cnninmo_nm_2026.pdf

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 ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$20/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	100 consultas/año. La Revisión Clínica Recomendada (RCR, en inglés) está disponible. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla: \$20/consulta; no se aplica <u>deducible</u> Todos los demás <u>servicios de rehabilitación</u> : Sin cargo después del <u>deducible</u>	No incluido	Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla en un consultorio o en un entorno para pacientes no hospitalizados, realizadas por <u>proveedores</u> que actúan dentro del alcance de su licencia, incluidos Quiroprácticos y Médicos en Medicina Oriental. Usted puede estar sujeto a aranceles adicionales del centro/clínica. Consulte a su proveedor.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla: \$20/consulta; no se aplica <u>deducible</u> Todos los demás <u>servicios de habilitación</u> : Sin cargo después del <u>deducible</u>	No incluido	La Revisión Clínica Recomendada (RCR, en inglés) está disponible. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$60/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	60 días/año. Puede que se requiera autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$60; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	La Revisión Clínica Recomendada (RCR, en inglés) está disponible. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Cuidados paliativos</u>	\$60/consulta; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Paciente internado: Puede que se requiera autorización previa. Paciente no hospitalizado: La Revisión Clínica Recomendada (RCR, en inglés) está disponible. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.bcbsnm.com/bb/ind/bb_ghsd01cnninmo_nm_2026.pdf

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 su hijo necesita cuidado dental o de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Una consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u>	No incluido	Un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	No incluido	No incluido	La cobertura dental pediátrica se puede adquirir por separado como póliza independiente.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Incluidos:

Servicios que su Plan Generalmente NO Incluye (Consulte su póliza o el documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de cualquier otro <u>servicio excluido</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica a largo plazo • Atención médica que no sea de emergencia al viajar fuera de los Estados Unidos • Atención del aborto (excepto si el embarazo es el resultado de una violación o incesto, o para un embarazo que, según lo certificado por un médico, pone a la mujer en peligro de muerte a menos que se realice un aborto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (Atención dental de rutina para adultos) • Cirugía cosmética (Excepto cuando sea <u>de necesidad médica</u>) • Cuidado de rutina de los ojos (Adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies (Excepto cuando sea <u>de necesidad médica</u>) • Enfermería de servicio privado

Otros Servicios Incluidos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <u>plan</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (20 consultas/año a menos que sea para fines de habilitación o de rehabilitación) • Atención quiropráctica (20 consultas/año a menos que sea para fines de habilitación o de rehabilitación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (límite de 1 artículo por oído con deficiencia auditiva cada 3 años) • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de pérdida de peso • Tratamiento para la infertilidad (solo para diagnóstico y tratamientos médicamente indicados para afecciones físicas que causan infertilidad)

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.bcbsnm.com/bb/ind/bb_ghsd01cnninmo_nm_2026.pdf

Su Derecho a Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de estas agencias es: el plan al 1-866-236-1702. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado al 1-855-427-5674. También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, que incluyen la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos o el Intercambio BeWellnm con sede en el Estado de New Mexico en www.BeWellnm.com. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Inconformidad y Apelación: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se llama inconformidad o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con: la Unidad de Apelaciones de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) 1-833-415-0566. 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. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Superintendente de Seguros de New Mexico al número gratuito 1-855-427-5674 o visite www.osi.state.nm.us.

¿Este plan proporciona 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 otros tipos determinados de cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? No Aplicable.

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-236-1702.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-236-1702.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-236-1702.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-236-1702.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría incluir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría incluir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que usted reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar conforme a diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a Tener un Bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)		Control de la Diabetes Tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)		Fractura Simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ El <u>deducible total del plan</u>	\$3,000	■ El <u>deducible total del plan</u>	\$3,000	■ El <u>deducible total del plan</u>	\$3,000
■ <u>Copago de especialista</u>	\$60	■ <u>Copago de especialista</u>	\$60	■ <u>Copago de especialista</u>	\$60
■ <u>Copago de hospital (centro)</u>	\$150	■ <u>Copago de hospital (centro)</u>	\$150	■ <u>Copago de hospital (centro)</u>	\$150
■ Otro <u>copago</u>	\$0	■ Otro <u>copago</u>	\$0	■ Otro <u>copago</u>	\$0
Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de un <u>especialista</u> (<i>atención prenatal</i>) Servicios Profesionales de Nacimiento/Parto Servicios de Centros de Nacimiento/Parto Pruebas de diagnóstico (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de un <u>médico de atención primaria</u> (<i>incluida la educación sobre enfermedades</i>) Pruebas de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta Equipo médico duradero (<i>glucómetro</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (<i>incluidos los suministros médicos</i>) Prueba de diagnóstico (<i>radiografía</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)	
Costo Total de Ejemplo	\$12,700	Costo Total de Ejemplo	\$5,600	Costo Total de Ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría: <i>Gastos compartidos</i>		En este ejemplo, Joe pagaría: <i>Gastos compartidos</i>		En este ejemplo, Mia pagaría: <i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$3,000	<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Deducibles</u>	\$700
<u>Copagos</u>	\$1,000	<u>Copagos</u>	\$1,500	<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está incluido</i>		<i>Lo que no está incluido</i>		<i>Lo que no está incluido</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$4,060	El total que pagaría Joe es	\$1,520	El total que pagaría Mia es	\$1,500

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, religión, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: 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
Correo electrónico: civilrightscordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante 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:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsnm.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	كتيبه: إنا كنت نتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتكسيقات 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. યોગ્ય ઓફિસિલરી 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 नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क 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 가능한 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 yánílti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiiik'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'gíí éí t'áá jiiik'eh hóló. Kohjji' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíílnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمکها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترسی، بهطور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تلفنآپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce 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 serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbiso upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دین: 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.