



# BlueOptions 05183

Período de cobertura: 01/10/2024 - 30/09/2025

Compatible con una cuenta HSA con cobertura para medicinas recetadas de \$0/\$0/\$0 después del deducible dentro de la red

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y qué paga usted por los servicios cubiertos

Cobertura: Familiar | Tipo de plan: PPO

**!** El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra la forma en que usted y el plan comparten los costos de los servicios de salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado la prima) se proporcionará por separado.** Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite [www.floridablue.com/plancontracts/group](http://www.floridablue.com/plancontracts/group). Para conocer las definiciones de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en [www.floridablue.com/plancontracts/individual](http://www.floridablue.com/plancontracts/individual) o llamar al 1-800-664-5295 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿De cuánto es el deducible general?	Dentro de la red: \$6,350 por persona/\$12,700 por familia. Fuera de la red: \$12,700 por persona/\$25,400 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, se debe cubrir todo el deducible familiar antes de que el plan empiece a pagar.
¿Existen servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. Atención médica preventiva.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros deducibles por servicios específicos?	No.	No tiene que cubrir los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos a su cargo para este plan?	Dentro de la red: \$6,350 por persona/\$12,700 por familia. Fuera de la red: \$25,400 por persona/\$50,800 por familia.	El límite de gastos a su cargo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, deben cubrir sus propios límites de gastos a su cargo hasta que se haya cubierto todo el límite de gastos a su cargo familiar.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos a su cargo?	La prima, los cargos facturados por saldo y los servicios de salud que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no se contabilizan para alcanzar el límite de gastos a su cargo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Consulte <a href="https://providersearch.floridablue.com/providersearch/pub/index.htm">https://providersearch.floridablue.com/providersearch/pub/index.htm</a> o llame al 1-800-664-5295 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor incluido en la red del plan. Pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta 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 los servicios.
¿Necesita una remisión para consultar a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una remisión.

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

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red (Pagará el mínimo)</u>	<u>Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)</u>	
<b>Si acude a la clínica o al consultorio de un <u>proveedor</u></b>	Visita al médico de cabecera para tratar lesiones o enfermedades	Proveedor Value Choice: Sin cargo después del <u>deducible</u> / Visitas al médico de cabecera: <u>Deducible</u> / Visitas virtuales: <u>Deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u> / Visitas virtuales: Sin cobertura	Las medicinas que administra el médico pueden tener un costo compartido mayor. Las visitas virtuales <u>solo</u> están cubiertas para proveedores dentro de la red.
	Visita al <u>especialista</u>	Especialista de Value Choice: Sin cargo después del <u>deducible</u> / Especialista: <u>Deducible</u> / Visitas virtuales: <u>Deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u> / Visitas virtuales: Sin cobertura	Las medicinas que administra el médico pueden tener un costo compartido mayor. Las visitas virtuales <u>solo</u> están cubiertas para proveedores dentro de la red.
	<u>Atención médica preventiva/exámenes/vacunas</u>	Sin cargo, el <u>deducible</u> no aplica	50 % de <u>coseguro</u>	Las medicinas que administra el médico pueden tener un costo compartido mayor. Podría tener que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego revise qué cubrirá su <u>plan</u> .
<b>Si se hace un examen</b>	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	Especialista de Value Choice: Sin cargo después del <u>deducible</u> / Laboratorio clínico independiente: Sin cargo después del <u>deducible</u> / Centro independiente de exámenes de diagnóstico: <u>Deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Las pruebas realizadas en un hospital pueden tener un costo compartido mayor.
	Diagnóstico por imágenes [tomografías computarizadas (CT)/tomografías por emisión de positrones (PET) e imágenes de resonancia magnética (MRI)]	Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Las pruebas realizadas en un hospital pueden tener un costo compartido mayor. Puede requerirse autorización previa. Puede que sus beneficios o servicios sean rechazados.

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
<b>Si necesita medicinas para tratar su enfermedad o trastorno</b> Puede encontrar más información sobre la <b>cobertura para medicinas recetadas</b> En <a href="https://www.floridablue.com/members/ols-resources/pharmacy/medication-guide">https://www.floridablue.com/members/ols-resources/pharmacy/medication-guide</a>	Medicinas genéricas	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Deducible dentro de la red + 50 % de <u>coseguro</u>	Cubre hasta un suministro para 30 días (medicinas de venta al por menor), suministro para 90 días (medicinas de pedido por correo). Pueden aplicarse programas Responsible Rx, como Autorización previa. Para obtener más información, consulte la Guía de medicinas.
	Medicinas de marca preferidas	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Deducible dentro de la red + 50 % de <u>coseguro</u>	Cubre hasta un suministro para 30 días (medicinas de venta al por menor), suministro para 90 días (medicinas de pedido por correo).
	Medicinas de marca no preferidas	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Deducible dentro de la red + 50 % de <u>coseguro</u>	Cubre hasta un suministro para 30 días (medicinas de venta al por menor), suministro para 90 días (medicinas de pedido por correo).
	<u>Medicinas especializadas</u>	Las <u>medicinas especializadas</u> están sujetas al costo compartido en base al nivel de medicamentos aplicable.	Las <u>medicinas especializadas</u> están sujetas al costo compartido en base al nivel de medicamentos aplicable.	Suministro hasta de 30 días para venta al por menor. Sin cobertura para el servicio de pedido por correo.
<b>Si se somete a cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
	Honorarios de médicos y cirujanos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Centro quirúrgico ambulatorio: <u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u> / Hospital: Sin cargo después del <u>deducible</u> <u>Deducible</u>	————ninguna————
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en sala de emergencias</u>	Servicios médicos: <u>Deducible</u> / Establecimiento: Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible dentro de la red</u>	————ninguna————
	<u>Transporte para emergencia médica</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible dentro de la red</u>	————ninguna————
	<u>Cuidados de urgencia</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	————ninguna————
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, una habitación de hospital)	Hospital: Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados limitados a 30 días.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible dentro de la red</u>	————ninguna————

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.floridablue.com/plancontracts/individual](http://www.floridablue.com/plancontracts/individual).

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas virtuales con especialista: <u>Deducible</u> / Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u> / Visitas virtuales con especialista: Sin cobertura	Las visitas virtuales <u>solo</u> están cubiertas para proveedores dentro de la red.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Servicios <u>médicos</u> de salud mental: <u>Deducible</u> / <u>Servicios médicos</u> especializados en abuso de sustancias: Sin cargo después del <u>deducible</u> / Hospital: Sin cargo después del <u>deducible</u>	Servicios <u>médicos</u> de salud mental: Sin cargo después del <u>deducible</u> dentro de la red/ <u>Servicios médicos</u> especializados en abuso de sustancias: <u>Deducible</u> dentro de la red / Hospital de salud mental: <u>Deducible</u> dentro de la red/ Hospital especializado en abuso de sustancias Sin cargo después del <u>deducible</u> dentro de la red	Puede requerirse autorización previa. Puede que sus beneficios/servicios sean rechazados.
<b>Si está embarazada</b>	Consultas	Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en alguna parte del SBC (es decir, ecografías).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	<u>Deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u> dentro de la red	————ninguna————
	Servicios de instalaciones para el nacimiento/parto	Hospital: Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<u>Servicios de salud en el hogar</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a 60 visitas.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a 30 visitas, incluyendo 30 manipulaciones. Los servicios prestados en un hospital pueden tener un costo compartido mayor. Puede requerirse autorización previa. Puede que sus beneficios/servicios sean rechazados.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	<u>Cuidados de enfermería especializados</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a 60 días.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Silla de ruedas motorizada: <u>Deducible</u> / Todo lo demás: Sin cargo después del <u>deducible</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Excluye las adaptaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, los ejercicios, el equipamiento del baño y reemplazo del <u>equipo médico duradero</u> (DME) por uso/antigüedad.

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.floridablue.com/plancontracts/individual](http://www.floridablue.com/plancontracts/individual).

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo después del deducible	Deducible + 50 % de coseguro	ninguna
Si su hijo necesita cuidados dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Revise el documento de su póliza o del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Cirugía plástica</li> <li>Cuidados dentales (para adultos)</li> <li>Servicios de habilitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aparatos auditivos</li> <li>Tratamiento para la infertilidad</li> <li>Cuidados a largo plazo</li> <li>Chequeos dentales pediátricos</li> <li>Examen de la vista pediátrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos pediátricos</li> <li>Servicios privados de enfermería</li> <li>Cuidado de la vista de rutina (para adultos)</li> <li>Cuidados de rutina para los pies, a menos que sea para el tratamiento de la diabetes</li> <li>Programas para perder peso</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados quiroprácticos - Limitados a 30 visitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se brinda mayor cobertura fuera de los Estados Unidos. Visite <a href="http://www.floridablue.com">www.floridablue.com</a>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados de no emergencia al viajar fuera de los EE. UU.</li> </ul>

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después que finaliza. La información de contacto de esas agencias es: State Department of Insurance (Departamento de Seguros del Estado) al 1-877-693-5236, Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) o Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros) al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo la adquisición de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar quejas y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarle si tiene alguna reclamación contra su plan por una denegación a una reclamación. Esta reclamación se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, mire la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre esta notificación o si necesita ayuda, comuníquese con la compañía de seguros al 1-800-664-5295. También puede comunicarse con su Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236 o con la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con el Departamento de Servicios para el Empleado. Para planes de salud grupal que no son del gobierno federal y planes de iglesias que son planes de salud grupal, comuníquese con el Departamento de Servicios para el Empleado. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-4-USA-DOL (866-487-2365) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Ofrece este plan una cobertura esencial mínima? Sí**

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.floridablue.com/plancontracts/individual](http://www.floridablue.com/plancontracts/individual).

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles en el Mercado de Seguros Médicos u otras pólizas en el mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito fiscal sobre la prima.

**¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal sobre la prima para ayudarle a pagar un plan en el Mercado de Seguros Médicos.

---

*Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.floridablue.com/plancontracts/individual](http://www.floridablue.com/plancontracts/individual).

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es un cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, las tarifas que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los importes de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la propia cobertura únicamente.

**Peg va a tener a su bebé**

(9 meses de servicios prenatales dentro de la red y parto en un hospital)

□ El <u>deducible general del plan</u>	\$6,350
□ <u>Especialista Sin cargo</u>	\$0
□ <u>Establecimiento hospitalario Sin cargo</u>	\$0
□ <u>Otro Sin cargo</u>	\$0

**Este episodio de EJEMPLO incluye servicios como:**

Consultas con especialista (*Servicios prenatales*) Servicios profesionales para el nacimiento/parto  
 Servicios de instalaciones para el nacimiento/parto  
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

**Costo total de ejemplo \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$6,350
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no cubre</u>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,410</b>

**Control de diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

□ El <u>deducible general del plan</u>	\$6,350
□ <u>Especialista Sin cargo</u>	\$0
□ <u>Establecimiento hospitalario Sin cargo</u>	\$0
□ <u>Otro Sin cargo</u>	\$0

**Este episodio de EJEMPLO incluye servicios como:**

Consultas con médico de cabecera (*incluyendo educación sobre enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicinas recetadas  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Costo total de ejemplo \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$5,400
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no cubre</u>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,420</b>

**Fractura simple de Mia**

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

□ El <u>deducible general del plan</u>	\$6,350
□ <u>Especialista Sin cargo</u>	\$0
□ <u>Establecimiento hospitalario Sin cargo</u>	\$0
□ <u>Otro Sin cargo</u>	\$0

**Este episodio de EJEMPLO incluye servicios como:**

Atención en sala de emergencia (*incluyendo suministros médicos*)  
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total de ejemplo \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no cubre</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

Nota: Estos montos asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: [www.floridablue.com](http://www.floridablue.com).

## **Sección 1557 Notificación: La discriminación es en contra de la ley**

Cumplimos con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Interpretes calificados del lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Interpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura para salud y visión: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y para discapacitados: 1-888-223-4892
- Programa para empleados federales (FEP, Federal Employee Program): 1-800-333-2227

Si usted cree que no hemos proporcionado estos servicios o discriminado de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

### **Cobertura de salud y visión**

**(incluidos los miembros del FEP):**

Section 1557 Coordinator  
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7  
Jacksonville, FL 32246  
1-800-477-3736 x29070  
1-800-955-8770 (TTY)  
Fax: 1-904-301-1580  
section1557coordinator@floridablue.com

### **Cobertura dental, de vida y para discapacitados:**

Civil Rights Coordinator  
17500 Chenal Parkway  
Little Rock, AR 72223  
1-800-260-0331  
1-800-955-8770 (TTY)  
civilrightscordinator@fclife.com

El seguro de salud se ofrece a través de Florida Blue. Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue, ofrece cobertura HMO. El seguro dental se ofrece a través de Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. También puede presentar una reclamación de 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) de manera electrónica a través del portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por 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>

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

**ATENÇÃO:** Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)。FEP：請致電1-800-333-2227

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8770). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

El seguro de salud se ofrece a través de Florida Blue. Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue, ofrece cobertura HMO. El seguro dental se ofrece a través de Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8770). FEP: Звоните 1-800-333-2227

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-352-2583 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-955-8770). اتصل برقم 1-800-333-2227.

**ATTENZIONE:** Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8770). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

주의: 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

**સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.  
**ફોન કરો** 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: **ફોન કરો** 1-800-333-2227

ประกาศ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)** หรือ FEP โทรศัพท์ **1-800-333-2227**

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در دسترس شما خواهد بود.  
با شماره 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

**Baa ákonínzin:** Diné bizaad bee yánítí'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíik'eh, ná hóló. Kojí' hodiílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojí' hodiílnih 1-800-333-2227.

El seguro de salud se ofrece a través de Florida Blue. Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue, ofrece cobertura HMO. El seguro dental se ofrece a través de Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.