

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: Familiar | **Tipo de Plan:** PPO

 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 como usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **AVISO:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.floridablue.com/plancontracts/group. 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 www.floridablue.com/plancontracts/group o llamar al 1-800-664-5295 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la Red: \$3,500 Por Persona/ \$7,000 por Familia. <u>Fuera de la Red:</u> \$7,000 Por Persona/ \$14,000 por Familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, el <u>deducible</u> general de la familia debe cumplirse antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Cuidado preventivo</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	Sí. \$500 Por <u>Deducible</u> de Admisión <u>Fuera</u> <u>de la Red</u> . No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad específica del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?	Dentro de la Red: \$7,000 Por Persona/ \$14,000 por Familia. <u>Fuera de la Red:</u> \$13,000 Por Persona/ \$26,000 por Familia.	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos directos</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos directos</u> familiar.
¿Qué no incluye el <u>máximo</u> directo del bolsillo?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación</u> <u>del saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red?	Sí. Para ver una lista de los proveedores de la red, visite https://providersearch.floridablue.com/providersearch/pub/index.htm o llame al 1-800-664-5295.	Este <u>plan</u> utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesito un referido para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .



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	Proveedor Value Choice: Sin Cargo después del <u>Deducible</u> / Visitas de Atención Primaria: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u> / Visitas Virtuales: Sin Cargo después del <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u> / Visitas Virtuales: Sin Cobertura	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Las Visitas Virtuales están cubiertas <u>solo</u> para proveedores Dentro de la Red.
	Visita al <u>especialista</u>	Especialista Value Choice: Sin Cargo después del <u>Deducible</u> / Especialista: <u>Deducible</u> + \$30% <u>Coseguro</u> / Visitas Virtuales: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u> / Visitas Virtuales: Sin Cobertura	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Las Visitas Virtuales están cubiertas <u>solo</u> para proveedores Dentro de la Red.
	<u>Atención preventiva/examen</u> /vacuna	Sin Cargo, no aplica el <u>Deducible</u>	40% <u>Coseguro</u>	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Después revise lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Especialista Value Choice: Sin Cargo después del <u>Deducible</u> / Laboratorio Clínico Independiente: <u>Deducible</u> / Centro de Pruebas de Diagnóstico Independiente: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u>	Los exámenes realizados en hospitales pueden tener costos compartidos más altos.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u>	Los exámenes realizados en hospitales pueden tener costos compartidos más altos. Puede requerirse autorización previa. Sus beneficios/servicios pueden ser denegados.

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 condición. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en http://www.floridablue.com/tools-resources/pharmacy/medication-guide	Medicamentos genéricos	<u>Deducible</u> + \$10 de <u>Copago</u> por Medicamento Recetado de venta al por menor, <u>Deducible</u> + \$20 de <u>Copago</u> por Medicamento Recetado por correo	<u>Deducible</u> Dentro de la Red + 50% <u>Coseguro</u>	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor y 90 días para una orden por correo. Los programas Responsible Rx, tal como Autorización Previa pueden aplicar. Puede obtener información adicional en la Guía de Medicamentos
	Medicamentos de marcas preferidas	<u>Deducible</u> + \$40 de <u>Copago</u> por Medicamento Recetado de venta al por menor, <u>Deducible</u> + \$80 de <u>Copago</u> por Medicamento Recetado por correo	<u>Deducible</u> Dentro de la Red + 50% <u>Coseguro</u>	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor y 90 días para una orden por correo.
	Medicamentos de marcas no preferidas	<u>Deducible</u> + \$60 de <u>Copago</u> por Medicamento Recetado de venta al por menor, <u>Deducible</u> + \$120 de <u>Copago</u> por Medicamento Recetado por correo	<u>Deducible</u> Dentro de la Red + 50% <u>Coseguro</u>	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor y 90 días para una orden por correo.
	<u>Medicamentos especializados</u>	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u> hasta \$500 máximo por Medicamento Recetado	<u>Deducible</u> Dentro de la Red + 50% <u>Coseguro</u>	Hasta 30 días para un suministro de venta al por menor. Sin cobertura para un pedido por correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u>	Los hospitales de la opción 2 pueden tener un costo compartido más alto.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	Centro Quirúrgico Ambulatorio: <u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u> / Hospital: <u>Deducible</u> Dentro de la Red + 30% <u>Coseguro</u>	————ninguna————
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> Dentro de la Red + 30% <u>Coseguro</u>	————ninguna————

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)	
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible Dentro de la Red</u> + 30% <u>Coseguro</u>	————ninguna————
	<u>Atención de urgencia</u>	Proveedor Value Choice: Sin Cargo después del <u>Deducible</u> / Visitas de Atención Urgente: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	Proveedor Value Choice: Sin Cobertura/ Visitas de Atención Urgente: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	————ninguna————
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Hospital Opción 1: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> Por Admisión + <u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u>	Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados se limitan a 30 días. Los hospitales de la opción 2 pueden tener un costo compartido más alto.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible Dentro de la Red</u> + 30% <u>Coseguro</u>	————ninguna————
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u> / Visitas Virtuales al Especialista: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u> / Visitas Virtuales al Especialista: Sin Cobertura	Las Visitas Virtuales están cubiertas <u>solo</u> para proveedores Dentro de la Red.
	Servicios internos	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible Dentro de la Red</u> + 30% <u>Coseguro</u>	Puede requerirse autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u>	Los servicios por maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en el SBC (ej., ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible Dentro de la Red</u> + 30% <u>Coseguro</u>	————ninguna————
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Hospital Opción 1: <u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> Por Admisión + <u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u>	Los hospitales de la opción 2 pueden tener un costo compartido más alto.
	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	<u>Deducible</u> + 30% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 40% <u>Coseguro</u>	La cobertura está limitada a 60 visitas.

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 ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Deducible + 30% Coseguro</u>	<u>Deducible + 40% Coseguro</u>	La cobertura está limitada a 30 visitas, que incluyen 30 manipulaciones. Los servicios realizados en los hospitales pueden tener costos compartidos más altos. Puede requerirse autorización previa. Sus beneficios/servicios pueden ser denegados.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	<u>Deducible + 30% Coseguro</u>	<u>Deducible + 40% Coseguro</u>	Cobertura limitada a 60 días.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Deducible + 30% Coseguro</u>	<u>Deducible + 40% Coseguro</u>	Excluye modificaciones de vehículos, modificaciones en el hogar, ejercicio, equipo de baño y reemplazo de <u>DME</u> debido al uso / edad.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	<u>Deducible + 30% Coseguro</u>	<u>Deducible + 40% Coseguro</u>	————ninguna————
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
	Anteojos para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
	Chequeo dental pediátrico	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura

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).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Servicios dentales (adultos) • <u>Servicios de habilitación</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos /Auriculares • Tratamiento de la infertilidad • Cuidado a largo plazo • Examen dental pediátrico • Examen de la vista pediátrico | <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos pediátricos • Servicios privados de enfermería • Servicios de rutina para la vista (adultos) • Servicio de rutina para los pies a menos que sea para el tratamiento de la diabetes • 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).

- Atención quiropráctica - Limitada a 30 visitas
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Visite www.floridablue.com.
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de EE. UU.

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 para esas agencias es: Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/agencias/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 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.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 al 1-800-352-2583. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236 o con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, póngase en contacto con el departamento de servicios al empleado. Para los planes de salud grupal gubernamentales no federales y los planes de la iglesia que son planes de salud grupales, comuníquese con el departamento de servicios de su 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 Empleados del Departamento de Trabajo de los EE.UU. al 1-866-4-USA-DOL (866-487-2365) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima por lo general incluye planes, seguros de salud a través del Mercado de Seguro Médicos u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE u otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, usted no es elegible para el crédito tributario de la prima.

¿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 muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos, coseguros) y servicios excluidos 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 \$3,500
- Especialista Coseguro 30%
- Hospital (instalaciones) Coseguro 30%
- Otro Sin Cargo \$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*)

Ejemplo de Costo Total	\$12,700
En Este ejemplo Peg pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguros</u>	\$1,800
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El Total que Peg pagaría	\$5,370

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 \$3,500
- Especialista Coseguro 30%
- Hospital (instalaciones) Coseguro 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 por recetas
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de Costo Total	\$5,600
En este ejemplo Joe pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,500
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguros</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El Total que Joe pagaría	\$4,020

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$3,500
- Especialista Coseguro 30%
- Hospital (instalaciones) Coseguro 30%
- Otro Coseguro 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Ejemplo de Costo Total	\$2,800
En Este ejemplo Peg pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguros</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El Total que Peg pagaría	\$2,800

Nota: Estos números 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, póngase en contacto con: 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:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura de 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 han 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 es ofrecido por Florida Blue. La cobertura de HMO es ofrecida por Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue. El seguro dental es ofrecido por Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarias 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

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

El seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. La cobertura de HMO es ofrecida por Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue. El seguro dental es ofrecido por Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

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 اذكر 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.

सुचना: जो नमो गुजराती बोवना छे, तो निःशुल्क भाषा सहाय सेवा नमारा माटे उपलब्ध छे.

ફોન કચે [1-800-352-2583](tel:1-800-352-2583) (TTY: [1-800-955-8770](tel:1-800-955-8770)). FEP: **ફોન કચે** [1-800-333-2227](tel:1-800-333-2227)

ประกาศ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **1-800-352-2583** (TTY: **1-800-955-8770**) หรือ FEP โทร **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 yáníiti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíik'eh, ná hóló. Kojj' hodiilnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP igíí éi kojj' hodiilnih 1-800-333-2227.

El seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. La cobertura de HMO es ofrecida por Florida Blue HMO, una afiliada de Florida Blue. El seguro dental es ofrecido por 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.