

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



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](http://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](http://www.floridablue.com/plancontracts/group) o llamar a 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: <b>\$1,000</b> por Persona/ <b>\$2,000</b> Familia. <u>Fuera de la Red: No Aplica.</u>	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro debe alcanzar su monto de <u>deducible</u> hasta que el <u>deducible</u> total pagado por todos alcance el <u>deducible</u> familiar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Cuidado preventivo.</u>	Este plan 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 plan 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 <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Dentro de la Red: <b>\$3,000</b> por Persona / <b>\$6,000</b> Familia. <u>Fuera de la Red: No Aplica.</u>	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 plan, ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos directos</u> familiar.
¿Qué no incluye el máximo <u>directo del bolsillo</u> ?	Primas, cargos por <u>facturación del saldo</u> y atención médica que este plan 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 dentro de la red</u> ?	Sí. Para ver una lista de los <u>proveedores participantes</u> , visite <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.	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red del plan. 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 proveedor y lo que su plan 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 <u>referido</u> 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)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Proveedor Value Choice: Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u> / Visita de Atención Primaria: \$30 de <u>Copago</u> por Visita/ Visitas Virtuales: \$5 de <u>Copago</u> por Visita	Sin Cobertura	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Los servicios de Visitas Virtuales están cubiertos <u>solo</u> para proveedores Dentro de la Red.
	Visita al <u>especialista</u>	Especialista Value Choice: \$20 de <u>Copago</u> por Visita/ Especialista: \$45 de <u>Copago</u> por Visita/ Visitas Virtuales: \$45 de <u>Copago</u> por Visita	Sin Cobertura	Medicamentos administrados por el médico pueden tener costos compartidos más altos. Los servicios de Visitas Virtuales están cubiertos <u>solo</u> para proveedores Dentro de la Red.
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u>	Sin Cobertura	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.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Especialista Value Choice: Sin Cargo/ Laboratorio Clínico Independiente: Sin Cargo / Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico: Sin Cargo	Sin Cobertura	Las pruebas realizadas en los hospitales pueden tener un costo compartido más alto. Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Consultorio médico: \$45 de <u>Copago</u> por Visita/ Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico: <u>Deducible</u> + 20% <u>Coseguro</u>	Sin Cobertura	Las pruebas realizadas en los hospitales pueden tener un costo compartido más alto. Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.

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

SBCID: 2742348

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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://www.floridablue.com/tools-resources/pharmacy/medication-guide">www.floridablue.com/tools-resources/pharmacy/medication-guide</a> .	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>Copago</u> por medicamento recetado de venta al por menor, \$20 de <u>Copago</u> por medicamento recetado por correo	Sin Cobertura	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor, 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 Medicinas.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$40 de <u>Copago</u> por medicamento recetado de venta al por menor, \$80 de <u>Copago</u> por medicamento recetado por correo	Sin Cobertura	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor, 90 días para una orden por correo.
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$60 de <u>Copago</u> por medicamento recetado de venta al por menor, \$120 de <u>Copago</u> por medicamento recetado por correo	Sin Cobertura	Cobertura de hasta 30 días para un suministro de venta al por menor, 90 días para una orden por correo.
	<u>Medicamentos especializados</u>	20% <u>Coseguro</u> hasta un máximo de \$500 por medicamento recetado	Sin Cobertura	Sin cobertura por pedido por correo.
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Deducible</u> + 20% <u>Coseguro</u>	Sin Cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin Cargo	Sin Cobertura	————ninguna————
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$150 de <u>Copago</u> por Visita	\$150 de <u>Copago</u> por Visita	————ninguna————
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Deducible</u> + 20% <u>Coseguro</u>	<u>Deducible Dentro de la Red</u> + 20% <u>Coseguro</u>	Cobertura <u>Fuera de la Red</u> solo para emergencias.
	<u>Atención de urgencia</u>	Proveedor Value Choice: Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u> - Visitas 1-2; \$75 de <u>Copago</u> por las demás Visitas/ Visitas	Sin Cobertura	Cobertura <u>Fuera de la Red</u> solo fuera del estado.

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)	
		de Atención Urgente: \$75 de <u>Copago</u> por Visita		
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Deducible</u> + 20% <u>Coseguro</u>	Sin Cobertura	Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados se limitan a 30 días. Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin Cargo	Sin Cobertura	————ninguna————
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u> / Visitas Virtuales Especialista: Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u> / Hospital: Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u>	Sin Cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados. Los servicios de Visitas Virtuales están cubiertos <u>solo</u> para proveedores Dentro de la Red.
	Servicios internos	Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u>	Sin Cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$45 de <u>Copago</u> por la Visita inicial	Sin Cobertura	Los servicios por maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en el SBC (ej., ultrasonido.)
	Servicios de parto profesionales	Sin Cargo	Sin Cobertura	————ninguna————
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Deducible</u> + 20% <u>Coseguro</u>	Sin Cobertura	————ninguna————
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u>	Sin Cobertura	Visitas ilimitadas.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$45 de <u>Copago</u> por Visita	Sin Cobertura	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.

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>Servicios de habilitación</u>	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	<u>Deducible</u> + 20% <u>Coseguro</u>	Sin Cobertura	Cobertura limitada a 30 días. Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios/servicios pueden ser denegados.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sillas de ruedas motorizadas: \$500 de <u>Copago</u> por Visita / Todos los demás: Sin Cargo, No Aplica el <u>Deducible</u>	Sin Cobertura	Excluye modificaciones de vehículos, modificaciones en el hogar, ejercicio, equipo de baño y reemplazo de <u>DME</u> debido al uso / edad. Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin Cargo	Sin Cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Sus beneficios / servicios pueden ser denegados.
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	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:

<b>Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <u>servicios</u> excluidos.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Servicios dentales (adultos)</li> <li>• <u>Servicios de habilitación</u></li> <li>• Audífonos /Auriculares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Cuidado no urgente cuando viaja fuera de los EE.UU.</li> <li>• Examen dental pediátrico</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>• Servicios de rutina para la vista (adultos)</li> <li>• Servicio de rutina para los pies a menos que sea para el tratamiento de la diabetes</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul>
<b>Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u>.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica - Limitada a 30 visitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Visite <a href="http://www.floridablue.com">www.floridablue.com</a>.</li> </ul>	

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

**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 estas 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 \$1,000
- Especialista Copago \$45
- Hospital (instalaciones) Coseguro 20%
- 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*)

**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 \$1,000
- Especialista Copago \$45
- Hospital (instalaciones) Coseguro 20%
- Otro Sin Cargo \$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*)

**Fractura simple de Mia**

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

- El deducible general del plan \$1,000
- Especialista Copago \$45
- Hospital (instalaciones) Coseguro 20%
- Otro Copago \$150

**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	\$12,700	Ejemplo de Costo Total	\$5,600	Ejemplo de Costo Total	\$2,800
<b>En este ejemplo, Peg pagaría</b>		<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>		<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
Costo compartido		Costo compartido		Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$1,000	<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$70	<u>Copagos</u>	\$1,600	<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$1,500	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$100
Qué no está cubierto		Qué no está cubierto		Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,630</b>	<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,620</b>	<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,700</b>

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](http://www.floridablue.com).

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

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (conjuntamente, "Florida Blue"), Florida Combined Life y Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program® (FEP) cumplen 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.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO, Florida Combined Life y FEP:

- Proporciona ayudas 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)
- Proporciona 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:

- Florida Blue (cobertura para la salud y la visión): 1-800-352-2583
- Florida Combined Life (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 Florida Blue y Florida Blue HMO 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:

### **Florida Blue (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

### **Florida Combined Life:**

Civil Rights Coordinator  
17500 Chenal Parkway  
Little Rock, AR 72223  
1-800-260-0331  
1-800-955-8770 (TTY)  
civilrightscoordinator@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., afiliada de Blue Cross y Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de la Blue Cross y 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:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

**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 jíík'eh, ná hóló. Kojj' hodiílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éi kojj' hodiílnih 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., afiliada de Blue Cross y Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de la Blue Cross y Blue Shield Association.