



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los términos completos en la póliza o los documentos del plan en www.azblue.com/GroupPlanDoc2017N o llamar al 1-877-475-8440.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Servicios combinados dentro y fuera de la red: \$2,500 por miembro y \$5,000 por familia	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del <u>deducible</u> , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Su <u>deducible</u> se basa en un año calendario y comienza cada 1 de enero. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el <u>deducible</u> . Salvo que se muestre copago, arancel u otro porcentaje, el porcentaje de coseguro de la cantidad aprobada que usted paga por la mayoría de los servicios es del 30% dentro de la red y el 50% fuera de la red. Los copagos, aranceles de acceso, los saldos de facturación, los pagos para los servicios excluidos y los cargos de precertificación no se toman en cuenta para el <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un <u>límite para los gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. Dentro de la red: \$6,350 por miembro y \$12,700 por familia Fuera de la red: \$12,000 por miembro y \$24,000 por familia	El <u>límite de gastos del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted podría pagar durante un año calendario por la parte que le corresponde de los costos de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Las primas, los cargos de precertificación, los saldos de facturación y los costos de atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> . Usted debe seguir pagándolos incluso si ha alcanzado su <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Visite www.azblue.com o llame al 1-877-475-8440 para obtener la lista de los <u>proveedores</u> de la red.	Si usted se atiende con médicos y <u>proveedores</u> de atención médica de la red, el plan pagará algunos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría usar algún <u>proveedor</u> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo les paga este plan a sus distintos <u>proveedores</u> .
¿Necesito un <u>referido para ver a un especialista</u> ?	No. No necesita un referido para ver a un <u>especialista</u> .	Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los <u>servicios excluidos</u> , vea los documentos del plan o póliza.

Preguntas: llame al 1-877-475-8440 o visite www.azblue.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados/en negrita usados en este formulario, consulte el Glosario.

Consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-877-475-8440 y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores de la red** cobrándole montos más bajos de costo compartido por sus servicios. Un proveedor no contratado puede cobrarle todos los cargos incurridos, y el plan le reembolsará el dinero únicamente según la **cantidad aprobada** menos su costo compartido.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal (PCP) para tratar una condición o herida	\$25 de copago por visita al consultorio o 30% de coseguro.	50% de coseguro y saldo de facturación	Cada miembro tiene un copago de costo compartido para hasta 3 visitas al consultorio del médico dentro de la red, por año (médico de atención primaria y especialista combinados), después se aplica un 30% de coseguro. Los copagos de las visitas se miden por proveedor, por día. Limitado a 1 examen oftalmológico de rutina por año calendario al copago del PCP que no cuenta dentro del límite de 3 visitas. El costo compartido del especialista se aplica a la mayoría de los servicios quiroprácticos.
	Consulta con un especialista	\$40 de copago por visita al consultorio o 30% de coseguro.		
	Consulta con otro proveedor de la salud	30% de coseguro		
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo.	50% de coseguro y saldo de facturación	
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago de visita al consultorio o 30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	El costo compartido varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de proveedor y estado en la red y si se alcanza el límite de copago de 3 visitas.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)			

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
Si necesita un medicamento Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> , visite www.azblue.com .	Medicamentos recetados del nivel 1	\$15 de copago por un suministro de 30 días	\$15 de copago por un suministro de 30 días y saldo de facturación	Algunos medicamentos requieren precertificación y no tendrán cobertura sin ella. El costo por un suministro de 90 días es de 3 copagos (en una farmacia minorista) y 2 copagos (en una farmacia de pedidos por correo). Los pedidos por correo no se cubren fuera de la red.
	Medicamentos recetados del nivel 2	\$35 de copago por un suministro de 30 días	\$35 de copago por un suministro de 30 días y saldo de facturación	
	Medicamentos recetados del nivel 3	\$65 de copago por un suministro de 30 días	\$65 de copago por un suministro de 30 días y saldo de facturación	
	Medicamentos recetados del nivel 4	\$120 de copago por un suministro de 30 días	\$120 de copago por un suministro de 30 días y saldo de facturación	
Si necesita un medicamento	Medicamentos especiales	\$50 de copago para Nivel A \$100 de copago para Nivel B \$150 de copago para Nivel C \$200 de copago para Nivel D	Sin cobertura	Los copagos de medicamentos especializados cubren un suministro de hasta 30 días. No tiene cobertura sin precertificación.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	Arancel de acceso adicional de \$1,000 para todas las cirugías bariátricas.
	Tarifa del médico/cirujano			
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$250 de copago por centro por día	\$250 de copago del centro por día	Si es admitido en el hospital, no se aplica el copago y usted paga deducible para pacientes internados y coseguro por servicios del centro y adicionales en la sala de emergencias (ER).
	Traslado médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$60 de copago por proveedor por día	50% de coseguro y saldo de facturación	El copago se aplica únicamente a los centros contratados específicamente para proveer cuidado urgente.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	Se requiere precertificación. Cargo de \$300 si no se obtiene precertificación para internación fuera de la red. Arancel de acceso adicional de \$1,000 para todas las cirugías bariátricas.
	Tarifa del médico/cirujano			
	Atención de largo plazo para enfermos agudos (LTAC)	30% de coseguro desde el día 1 al 100 y 50% de coseguro desde el día 101 a 365	50% de coseguro y saldo de facturación	Se requiere precertificación. Cargo de \$300 si no se obtiene precertificación para internación fuera de la red. Límite total de 365 días por atención de largo plazo para enfermos agudos (LTAC) por miembro.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias <i>(Continúa en la página 4)</i>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Sin cargo o 30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	El costo compartido varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de proveedor y estado en la red. No se aplican cargos a las visitas clínicas al consultorio, domiciliarias y sin cita previa. El coseguro se aplica a todas las demás ubicaciones.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	Se requiere precertificación. Cargo de \$300 si no se obtiene precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
<i>(Continúa desde la página 3)</i> Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Sin cargo o 30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	El costo compartido varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de proveedor y estado en la red. No se aplican cargos a las visitas clínicas al consultorio, domiciliarias y sin cita previa. El coseguro se aplica a todas las demás ubicaciones.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	Se requiere precertificación. Cargo de \$300 si no se obtiene precertificación para internación en un centro fuera de la red.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Médico: copago de visita al consultorio o 30% de coseguro.	50% de coseguro y saldo de facturación	Se cobra únicamente 1 copago por los servicios incluidos en el arancel general del médico por el parto si el miembro no alcanzó el límite de copago de 3 visitas al consultorio.
	Parto y todos los servicios de internación	30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar/terapia de infusión en el hogar	30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	Algunos medicamentos requieren precertificación y no tendrán cobertura sin ella. Limitado a 6 horas de atención por miembro, por día.
	Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • EAR = Centro de rehabilitación activa extendida • SNF = Centro de enfermería especializado 	30% de coseguro, excepto un 50% de coseguro para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ los días 61 a 120 de EAR ▪ los días 91 a 180 de SNF 	50% de coseguro y saldo de facturación	Se necesita precertificación para la admisión en el centro. Cargo de \$300 si no se obtiene para admisión fuera de la red. Límite de 120 días por año calendario para EAR y 180 días por año calendario para SNF.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Sin cobertura*	Sin cobertura*	*Cobertura limitada disponible para servicios de recuperación de las habilidades para tratar trastornos del espectro del autismo.
	Cuidado de enfermería especializado	30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	
	Equipo médico duradero	Copago de visita al consultorio o 30% de coseguro	50% de coseguro y saldo de facturación	El costo compartido varía según el lugar en que se proporcione el servicio, el tipo de proveedor y estado en la red, y si se alcanza el límite de visitas al consultorio.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
	Cuidado de hospicio	Sin cargo.	Sin cargo, excepto el saldo de facturación	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	\$25 de copago por visita	50% de coseguro y saldo de facturación	Limitado a un examen de la vista de rutina por año calendario. El copago no cuenta dentro del límite de 3 visitas. No se aplica el copago dentro de la red para miembros menores de 5 años.
	Anteojos, lentes de contacto	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios excluidos).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención que no es necesaria por motivos médicos • Cirugía estética, suministros y servicios estéticos • Atención de custodia • Atención dental, con las excepciones que se establezcan en el plan • Cargos por alquiler/reparación del equipo médico duradero (DME) que supere el precio de compra • Tratamientos experimentales o de investigación • Anteojos, con las excepciones que se establezcan en el plan • Servicios y tratamiento para el pie plano • Análisis cromosómicos y genéticos • Servicios de recuperación de las habilidades, excepto ciertos servicios para tratar el autismo. | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cuidado de la salud en el hogar y terapia de infusión que exceda las 6 horas de atención por miembro por día • Servicios homeopáticos • Tratamiento y medicamentos para la infertilidad • El tratamiento de un paciente internado en EAR que exceda los 120 días por año calendario y el tratamiento de un paciente internado en SNF que exceda los 180 días por año calendario • Atención de largo plazo, excepto la atención de largo plazo para enfermos agudos hasta un máximo de 365 días de beneficios del plan • Terapia de masajes, aparte de la permitida por las pautas de cobertura médica | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de naturopatía • Medicamentos pedidos por correo fuera de la red, especiales fuera de la red y suministros de 90 días fuera de la red • Los servicios preventivos que no requieran cobertura según las leyes estatales o federales • Servicios de enfermería privada • Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el plan • Cuidado de los pies de rutina • Exámenes oftalmológicos de rutina que excedan 1 visita por año calendario • Los servicios, pruebas y procedimientos que están excluidos por las pautas de cobertura médica • Servicios y tratamiento para la disfunción sexual • Programas de pérdida de peso |
|---|---|---|

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios).

- | | | |
|----------------------|-------------------------|--|
| • Cirugía bariátrica | • Cuidado quiropráctico | • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos |
|----------------------|-------------------------|--|

Su derecho para continuar con la cobertura:

Las leyes estatales y federales pueden brindar la protección que le permita mantener la cobertura del seguro médico siempre que pague su **prima**. Hay excepciones, sin embargo, tales como si:

- Usted comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer los servicios en el estado
- Usted se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con la aseguradora al 1-877-475-8440. También puede comunicarse con su Departamento Estatal de Seguros al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, comuníquese con: 1-877-475-8440.

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Accesible requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura alcanza el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Accesible establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica alcanza el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso al idioma:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 602-864-4884.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 602-864-4884.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 602-864-4884.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 602-864-4884.

—————Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.—————

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría este plan los servicios médicos en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$4,030
- Usted paga: \$3,510

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

Usted paga:

Deducibles	\$2,500
Copagos	\$60
Coseguro	\$800
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$3,510

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,300
- Usted paga: \$2,100

Ejemplos de los costos:

Recetas	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

Usted paga:

Deducibles	\$900
Copagos	\$1,120
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$2,100

Estos ejemplos muestran el costo compartido de una póliza con cobertura solo para una persona. Si la póliza cubre al cónyuge y/o a los hijos, el costo compartido del miembro podría ser menor que el monto que se muestra, si los otros miembros hicieran un aporte o satisficieran el deducible familiar antes de que el plan reciba reclamaciones de ese miembro.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de proveedores de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de proveedores fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura ayuda a ver cómo se suman los deducibles, copagos y coseguro. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ No. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ No. Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del proveedor y del reembolso que autorice el plan.

- ✓ Sí. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ Sí. Un gasto importante es lo que paga de prima. Por lo general, cuanto más baja sea la prima, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los copagos, deducibles y coseguro. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: llame al 1-877-475-8440 o visite www.azblue.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-877-475-8440 y pida una copia.

Multi-language Interpreter Services

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue Cross Blue Shield of Arizona, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 602-864-4884.

Navajo: Díí kwe'é atah nílínígíí Blue Cross Blue Shield of Arizona haada yit'éego bína'idííkdigo éí doodago Háida bį́já anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'idííkdigo beehaz'áanii hółq díí t'áá hazaadk'ehjí háká a'doowołgo bee haz'ą doo bąqah ílínígóó. Ata' halne'ígíí kojł' bich'į' hodíłnih 877-475-4799.

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於插入項目的名稱 Blue Cross Blue Shield of Arizona 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 在此插入數字 877-475-4799。

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Blue Cross Blue Shield of Arizona quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 877-475-4799.

Arabic:

إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة بخصوص Blue Cross Blue Shield of Arizona، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 877-475-4799.

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Blue Cross Blue Shield of Arizona, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 877-475-4799.

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Blue Cross Blue Shield of Arizona 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 877-475-4799 로 전화하십시오.

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Blue Cross Blue Shield of Arizona, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 877-475-4799.

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Blue Cross Blue Shield of Arizona haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 877-475-4799 an.

Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Blue Cross Blue Shield of Arizona, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 877-475-4799.

Japanese: ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Blue Cross Blue Shield of Arizona についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、877-475-4799 までお電話ください。

Farsi:

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید، سوال در مورد Blue Cross Blue Shield of Arizona، داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. [777-475-4799 تماس حاصل نمایید.]

Assyrian:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
 877-475-4799

Serbo-Croatian: Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomažete ima pitanje o Blue Cross Blue Shield of Arizona, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 877-475-4799.

Thai: หากคน หรือคนทดแทนกำลังช่วยเหลือความเกี่ยวกับ Blue Cross Blue Shield of Arizona
คุณสมททจะไดรบความช่วยเหลือและขอมลในภาษา ของคนใดโดยไมมคาไขาย พดคยกับลาม โทร 877-475-4799

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. BCBSAZ proporciona ayuda y servicios sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros. BCBSAZ también proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al (602) 864-4884 si habla español y al 1 (877) 475-4799 si habla otros idiomas y para solicitar otro tipo de ayuda y servicios.

Si cree que BCBSAZ no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ, Attn: Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Arizona, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466, (602) 864-2288, TTY/TDD (602) 864-4823, crc@azblue.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 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>.