

Resumen de Beneficios de 2021

Plan Medicare Advantage con Cobertura de la Parte D para Medicamentos Recetados

BlueMedicare Select (PPO) H5434-002

1/1/2021 – 12/31/2021



El área de servicio del plan incluye:

Condados de Bay, Broward, Charlotte, Collier, Duval, Escambia, Highlands, Hillsborough, Lee, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Palm Beach, Pinellas, Santa Rosa y St. Lucie

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Para recibir una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pregunte sobre la “**Constancia de Cobertura**”. También puede ver la “Constancia de Cobertura” para este plan en nuestro sitio web www.floridablue.com/medicare.

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Consúltelo en línea en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quién Puede Inscribirse?

Para inscribirse, usted debe:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito en la Parte B de Medicare; y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

Nuestra área de cobertura incluye los siguientes condados de Florida: Bay, Broward, Charlotte, Collier, Duval, Escambia, Highlands, Hillsborough, Lee, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Palm Beach, Pinellas, Santa Rosa y St. Lucie.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red para recibir atención médica, podría tener que pagar más por estos servicios. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red para obtener sus medicamentos cubiertos de la parte D, por lo general, el plan no cubrirá sus medicamentos.

- Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web (www.floridablue.com/medicare). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.
-

¿Tiene Preguntas? Llámenos

- Si usted es miembro de este plan, llame al 1-800-926-6565; TTY: 1-800-955-8770.
 - Si usted no es miembro de este plan, llame al 1-855-601-9465, TTY: 1-800-955-8770.
 - Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es los siete días de la semana, desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m., hora local, excepto en Acción de Gracias y Navidad.
 - Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados principales.
 - O visite nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare.
-

Información Importante

En este documento verá el símbolo "◇". Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de que usted reciba los servicios de los proveedores de red. Si no obtiene una autorización previa cuando se le solicita, es posible que deba pagar el costo compartido fuera de la red, aunque reciba servicios de un proveedor de la red. Comuníquese con su médico o consulte la Constancia de Cobertura (EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Prima Mensual, Deducible y Límites



Prima Mensual del Plan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$146.80 <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
Deducible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$305 por año para medicamentos con receta de la parte D (corresponde al Nivel 1 (Genéricos Preferidos), Nivel 2 (Genéricos), Nivel 3 (Marcas Preferidas), Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) y Nivel 5 (Nivel Especializado))
Responsabilidad Máxima de Costos a su Cargo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$5,900 es lo máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. ▪ \$10,000 es lo máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos por los servicios médicos cubiertos por Medicare que recibe de proveedores de dentro y fuera de la red combinados.

Beneficios Médicos y de Hospital



	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Atención para Pacientes Hospitalizados ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$225 de copago por día, del día 1 al 7 ▪ \$0 de copago por día después del día 7 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$200 de copago por día, del día 1 al 27 ▪ \$0 de copago por día, del día 28 al 90
Atención en el Hospital para Pacientes Ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$90 de copago por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare ▪ \$130 de copago por todos los demás servicios ◇ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Centro de Cirugía Ambulatoria ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$150 de copago por servicios quirúrgicos prestados en un Centro de Cirugía ambulatoria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Visitas a Consultorios Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$5 de copago por consulta de atención primaria ▪ \$45 de copago por consulta al especialista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Servicios Preventivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal ▪ Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol ▪ Visita Anual de Bienestar ▪ Mediciones de masa ósea ▪ Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías) ▪ Detección de enfermedades cardiovasculares y terapia conductual intensiva ▪ Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal 	

Dentro de la Red**Fuera de la Red**

- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Examen de detección de depresión
- Capacitación para la detección de diabetes y el autocontrol
- Detección del glaucoma
- Detección de hepatitis B y C
- Pruebas de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)
- Terapia Conductual Intensiva para la Obesidad
- Evaluación para la detección del cáncer de pulmón
- Terapia nutricional médica
- Detección de cáncer de próstata
- Detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento conductual intensivo para prevenirlas
- Asesoría para el cese del consumo del tabaco y el hábito de fumar
- Vacunas para influenza, neumonía y Hepatitis B
- Visita preventiva de bienvenida a Medicare

Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.

Atención de Emergencia**Atención de Emergencia Cubierta por Medicare**

- **\$90** de copago por consulta dentro o fuera de la red

No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia.

Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial

- **\$125** de copago por Atención de Emergencia a Nivel mundial
- **\$25,000** de límite combinado anual para Atención de Emergencia a Nivel Mundial y Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial

No incluye transporte de emergencia.

Servicios de Urgencia Necesarios**Servicios de Urgencia Necesarios Cubiertos por Medicare**

Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, una lesión o una afección médica inesperada que no es de emergencia, pero requiere atención médica inmediata.

- **\$25** de copago en un Centro de Atención de Urgencias (dentro o fuera de la red)

Los Servicios de Atención Sin Cita Previa son servicios ambulatorios para lesiones y enfermedades que no son de emergencia y que necesitan tratamiento cuando la mayoría de los consultorios médicos familiares están cerrados.

- **\$25** de copago en un Centro de Atención Sin Cita Previa (dentro o fuera de la red)

Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial

- **\$125** de copago por Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial
- **\$25,000** de límite combinado anual para atención de emergencia a nivel mundial y Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial

No incluye transporte de emergencia.

Dentro de la Red**Fuera de la Red****Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Diagnóstico por Imágenes****Servicios de Laboratorio**

- **\$0** de copago en un Laboratorio Clínico Independiente
- **\$10** de copago en un hospital de cuidados ambulatorios

Radiografías

- **\$50** de copago en un Centro de Pruebas Diagnósticas Independiente (IDTF)
- **\$150** de copago en un hospital de cuidados ambulatorios

Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imágenes

Incluye Imagen por Resonancia Magnética (IRM), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada (TAC).

- **\$50** de copago en consultorios de médicos especialistas
- **\$100** de copago en un IDTF
- **\$150** de copago en un hospital de cuidados ambulatorios

Terapia de Radiación

- **20%** del monto permitido por Medicare

- **40%** del monto permitido por Medicare

Servicios para la Audición**Servicios para la Audición Cubiertos por Medicare**

- **\$45** de copago por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio

Servicios de Audición Adicionales

- **\$0** de copago por un examen de audición de rutina cada año
- **\$0** de copago por evaluación y ajuste de audífonos
- **\$350 por oído** Usted paga un copago de \$0 para hasta 2 audífonos al año con un subsidio de beneficio máximo permitido de \$350 por oído.
NOTA: Los audífonos se deben adquirir en NationsHearing para acceder al beneficio.
- El miembro es responsable de cualquier monto después de aplicar el subsidio de beneficio. Sujeto a máximo de beneficios.

Servicios para la Audición Cubiertos por Medicare

- **40%** del monto permitido por Medicare

Servicios de Audición Adicionales

- **El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del máximo permitido** para un examen de audición de rutina por año.
- **El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del máximo permitido** para evaluación y ajuste de los audífonos.
- **El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del máximo permitido** para hasta 2 audífonos cada año. Sujeto al máximo de beneficios.
- El miembro es responsable de cualquier monto después de aplicar el subsidio de beneficio.

Dentro de la Red**Fuera de la Red****Servicios Dentales****Servicios Dentales Cubiertos por Medicare** ◇

- **\$45** de copago por la atención dental no rutinaria

Servicios Dentales Adicionales

- **\$0** de copago por servicios dentales preventivos cubiertos
- **\$0** de copago por servicios dentales completos cubiertos

Servicios Dentales Cubiertos por Medicare ◇

- **40%** del monto permitido por Medicare para atención dental que no sea de rutina.

Servicios Dentales Adicionales

- **El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 50% de las tarifas no participantes** por los servicios dentales preventivos cubiertos
- **El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 50% de las tarifas no participantes** por los servicios dentales integrales cubiertos.

Servicios para la Vista**Servicios para la Vista Cubiertos por Medicare**

- **\$45** de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista
- **\$0** de copago por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma)
- **\$0** de copago por un examen diabético de retina por año
- **\$0** de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas

Servicios Adicionales para la Vista

- **\$0** de copago por un examen de rutina de la vista anual
- **\$100** de prestación máxima por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto dentro o fuera de la red
- El miembro es responsable de cualquier importe que exceda el máximo de prestación de beneficios del plan anual.

Servicios para la Vista Cubiertos por Medicare

- **40%** del monto permitido por Medicare

Servicios Adicionales para la Vista

- El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto permitido en la red para un examen de la vista de rutina anual.
- El miembro es responsable de todos los montos que superen el 50% del monto permitido dentro de la red, y/o cualquier monto que supere el máximo de prestación de beneficios del plan anual para lentes, marcos o lentes de contacto.
- El reembolso total está sujeto al subsidio de beneficio máximo anual del plan.

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Salud Mental ◇	Servicios de Salud Mental para pacientes Hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$318 de copago por día, del día 1 al 5 ▪ \$0 de copago por día, del día 6 al 90 ▪ Un máximo de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico 	Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$200 de copago por día, del día 1 al 27 ▪ \$0 de copago por día, del día 28 al 90 ▪ Un máximo de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico
	Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago 	Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Centros de Enfermería Especializada (SNF) ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por día, del día 1 al 20 ▪ \$160 de copago por día, del día 21 al 100 <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Terapia Física ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por consulta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Ambulancia ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$150 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$150 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$5 de copago por inyecciones antialérgicas ▪ 20% del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50% del monto permitido por Medicare

Beneficios de los Medicamentos Recetados de la Parte D



Etapa de Deducible

Este plan tiene un deducible de **\$305**. El deducible no aplica al Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta).

Etapa de Cobertura Inicial

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.

Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales por medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los **\$4,130**. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. El costo compartido a continuación se aplica a un suministro de un mes (31 días).

	Preferidos De venta al por menor	Estándar De venta al por menor	Orden por Correo
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$3 de copago	\$13 de copago	\$3 de copago
Nivel 2: Genéricos	\$10 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$40 de copago	\$47 de copago	\$40 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$93 de copago	\$100 de copago	\$93 de copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	27% del costo	27% del costo	27% del costo
Nivel 6 - Medicamentos de Atención Selecta	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Etapa de Brecha en la Cobertura (Donut Hole)

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (llamada también "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La Etapa de Brecha en la Cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado y lo que usted haya pagado) alcancen los **\$4,130**.

Usted permanece en esta etapa hasta que los "costos a su cargo" del año a la fecha alcancen un total de **\$6,550**.

Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura:

- Abona los mismos copagos que en la Etapa de Cobertura Inicial para los medicamentos de Nivel 1 (Genéricos Preferidos) y Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta) o el **25%** del costo, lo que sea menor.
- Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, paga el **25%** del costo.
- Para medicamentos de marca, paga el **25%** del costo (más una parte de la tarifa de suministro).

Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos

Después de que los costos anuales a su cargo por sus medicamentos alcancen los **\$6,550**, usted pagará el *mayor* de los siguientes montos:

- **\$3.70** de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$9.20** de copago por todos los demás medicamentos en todos los niveles o el **5%** del costo.

Cobertura para Medicamentos Adicionales

- Llámenos o consulte la “Constancia de Cobertura” del plan en nuestro sitio de Internet www.floridablue.com/medicare) para encontrar información completa de los costos de los medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción al formulario y el plan la aprueba, pagará el costo compartido del Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos).
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de Cuidados a Largo Plazo, una farmacia de infusión en el hogar o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

Beneficios Adicionales

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Atención en el Hogar	<p>Ofrecemos este beneficio a través de nuestra asociación con Papa, que conecta a los estudiantes universitarios con adultos mayores que requieren asistencia con el transporte, la compañía, las tareas domésticas, el uso de dispositivos electrónicos y ejercicios y actividades.</p> <p>Los beneficios incluyen lo siguiente: Atención en el Hogar, 60 horas al año. Los servicios incluyen Asistencia con Actividades de la Vida Diaria (ADL) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL).</p>	
Suministros para la Diabetes ◇	<ul style="list-style-type: none">▪ \$0 de copago en su farmacia de venta minorista u orden por correo de la red para Suministros para Diabéticos como:<ul style="list-style-type: none">• Medidores de Glucosa Lifescan (One Touch®)• Lancetas• Tiras Reactivas <p>Aviso Importante: La insulina, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen de una farmacia minorista o de orden por correo y están cubiertas por los beneficios de farmacia de la Parte D de Medicare. Se aplican los copagos y los deducibles correspondientes.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ 20% del monto permitido por Medicare

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Programa de Medicare de Prevención de la Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Podología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$35 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Quiropráctico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$20 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare
Equipos y Suministros Médicos ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% del monto permitido por Medicare para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas aprobadas por el plan y cubiertas por Medicare ▪ 0% del monto permitido por Medicare para el resto del equipo médico duradero aprobado por el plan y cubierto por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50% del monto permitido por Medicare
Terapia Ocupacional, y Terapia del Habla ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por consulta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Telehealth	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$25 de copago por los Servicios de Urgencia Necesarios ▪ \$5 de copago para Servicios de Atención Primaria ▪ \$40 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un centro independiente ▪ \$40 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un hospital de cuidados ambulatorios ▪ \$45 de copago por Servicios de Dermatología ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Salud Mental para pacientes ambulatorios ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Psiquiatría para pacientes ambulatorios ▪ \$40 de copago por servicios del Programa de Tratamiento de Opioides ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidad de Abuso de Sustancias en pacientes ambulatorios ▪ \$0 de copago por la Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes ▪ \$0 de copago por Servicios de Dietista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% del monto permitido por Medicare

Reciba Más con BlueMedicare

HealthyBlue Rewards



- Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Canjee recompensas en forma de tarjetas de regalo por completar servicios y exámenes preventivos

El Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers®



- Membresías a gimnasios y clases disponibles en centros de acondicionamiento físico en todo el país, incluidos gimnasios de cadenas nacionales y locales
- Acceso a equipos de ejercicio y otros servicios, clases para todos los niveles y habilidades y eventos sociales, entre otros

Descargo de Responsabilidad

Florida Blue es un Plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no se encuentran en la obligación de atender a miembros de Florida Blue, excepto en caso de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte la Constancia de Cobertura si necesita más información, incluyendo los costos compartidos que aplican a los servicios fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestros Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto en los feriados más importantes.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura de salud.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

© 2020 Blue Cross and Blue Shield of Florida Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

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

Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminamos 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 la salud y la 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 para la salud y la 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

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, 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>

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

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). FEP: 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 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 yáníłti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojj' hodíłnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojji' hodíłnih 1-800-333-2227.