




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC indica cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) por separado. Esto es solo un resumen. Consulte el glosario para conocer las definiciones generales de algunos términos frecuentes como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos que aparezcan subrayados. Puede consultar el glosario en [www.carefirst.com/sbcq](http://www.carefirst.com/sbcq) o llamar al 1-855-258-6518 para pedir una copia. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite <http://content.carefirst.com/sbc/contracts/APPDBN3URXXDBN8P.pdf>.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> general?	Dentro de la red: \$500 individual/ \$1,000 familiar; Fuera de la red: \$1,000 individual/\$2,000 familiar.	Normalmente, debe pagar todos los costos del <a href="#">proveedor</a> hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene a otros familiares inscritos en el <a href="#">plan</a> , es posible que cada familiar deba alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el deducible familiar general antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar, dependiendo de la <a href="#">cobertura</a> del <a href="#">plan</a> . Consulte su contrato para obtener más información.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el <a href="#">deducible</a> ?	Sí, todos los servicios de atención preventiva dentro de la red, y los siguientes (solo centros que no sean de un hospital, cuando corresponda): atención primaria, especialista, clínica retail, pruebas de diagnóstico, medicamentos con receta, cirugía ambulatoria, sala de emergencias, transporte médico de emergencia, atención de urgencia, visita en el consultorio por salud mental, atención médica en la casa, servicios de rehabilitación, enfermería especializada, equipo médico duradero, hospicio.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Pero se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Medicamentos con receta y servicios médicos combinados: Dentro de la red: \$6,950 individual/\$13,900 familiar; Fuera de la red: \$13,900 individual/\$27,800 familiar	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un plan anual por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en el plan, es posible que cada familiar necesite alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total, dependiendo de la cobertura del plan. Consulte su contrato para obtener más información.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Las primas, los cargos de facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si lo atiende un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.carefirst.com">www.carefirst.com</a> o llame al 1-855-258-6518 para obtener una lista de la <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que el <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">remisión</a> .

 Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) de este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Proveedor: \$25 de copago por visita Centro de un hospital: \$75 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, es posible que se aplique un cargo adicional del centro.
	<a href="#">Visita a un especialista</a>	Proveedor: \$50 de copago por visita Centro de un hospital: \$75 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, es posible que se aplique un cargo adicional del centro.
	Retail Health Clinic	\$25 de copago por visita	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/examen médico/vacunas</a>	Sin cargo	Deducible, después sin cargo	Algunos servicios pueden tener limitaciones o exclusiones según su contrato.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
<b>Si se hace una prueba</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Pruebas de laboratorio: No en hospital: \$30 de copago por visita Hospital: \$30 de copago por visita Radiografías: No en hospital: \$50 de copago por visita Hospital: \$50 de copago por visita	Pruebas de laboratorio: No en hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido Hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido Hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si se presta un servicio en un centro de un hospital, se aplicará el copago o el coseguro para la prueba de diagnóstico. Consulte su contrato.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	No hospital: \$250 de copago por visita Hospital: \$250 de copago por visita	No en hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido Hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, es posible que se aplique un cargo adicional del centro. Consulte su contrato.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b>  Puede encontrar más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.carefirst.com/rx">www.carefirst.com/rx</a>	Medicamentos genéricos	\$15 de copago	Pagado como dentro de la red	Para todos los medicamentos con receta: se puede exigir autorización previa para ciertos medicamentos; sin cargo para medicamentos preventivos o anticonceptivos. El copago se aplica a un suministro de hasta 30 días; el suministro para hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento tiene 2 copagos. Medicamentos especializados: Proveedores participantes: están cubiertos cuando se compran mediante la red Exclusive Specialty Pharmacy Proveedores no participantes: no está cubierto.
	Medicamentos de marca preferidos	\$50 de copago	Pagado como dentro de la red	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$70 de copago	Pagado como dentro de la red	
	<a href="#">Medicamentos especializados preferidos</a>	\$150 de copago	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados no preferidos</a>	\$150 de copago	No está cubierto	
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No hospital y hospital: \$375 de copago por visita	No en hospital y hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Cargos del médico/ cirujano	No hospital y hospital: \$125 de copago por visita	No en hospital y hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$300 de copago por visita	Pagado como dentro de la red	Limitado a servicios de emergencias; es posible que se apliquen cargos profesionales adicionales; no se cobra el copago si lo ingresan.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$300 de copago por visita	Pagado como dentro de la red	Se exige autorización previa para los servicios de ambulancia aérea, excepto cuando sean médicamente necesarios en una emergencia.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$60 de copago por visita	30% del beneficio permitido	Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia
<b>Si lo hospitalizan</b>	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Deducible, luego \$600 de copago por día hasta un pago máximo de \$3,000 por admisión para el miembro	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa.
	Cargos del médico/ cirujano	Deducible, después sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas en el consultorio: \$25 de copago por visita	Visita en el consultorio: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Para el tratamiento en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios podrían aplicarse cargos adicionales
	Servicios para pacientes hospitalizados	Deducible, luego \$600 de copago por día hasta un pago máximo de \$3,000 por admisión para el miembro	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa; podrían aplicarse cargos profesionales adicionales.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas en el consultorio	Sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Solo para visitas en el consultorio pre/posnatales de rutina. Para atención obstétrica que no sea de rutina o complicaciones de embarazo, es posible que se apliquen los costos compartidos.
	Servicios profesionales para el parto/ nacimiento	Deducible, después sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/ nacimiento	Deducible, luego \$600 de copago por día hasta un pago máximo de \$3,000 por admisión para el miembro	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<a href="#">Atención médica en casa</a>	\$30 de copago por visita	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa; 90 visitas/episodio de atención.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Proveedor: \$30 de copago por visita Centro de un hospital: \$75 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se requiere autorización previa; si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse el cargo adicional del centro.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Proveedor: \$30 de copago por visita Centro de un hospital: \$75 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se requiere autorización previa; si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse el cargo adicional del centro.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	\$300 de copago por día hasta un pago máximo de \$1,500 por admisión para el miembro	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa; 60 días por período de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa para servicios específicos. Consulte su contrato.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Atención para pacientes hospitalizados: Sin cargo Atención para pacientes ambulatorios: Sin cargo	Atención para pacientes hospitalizados: deducible, luego 30% del beneficio permitido Atención para pacientes ambulatorios: deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa; para proveedores participantes y proveedores no participantes (combinados): limitado a un máximo de 180 días de período de elegibilidad de hospicio, que incluye un máximo de 60 días de servicios de hospicio para pacientes hospitalizados por período de elegibilidad de hospicio.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	El miembro paga gastos que excedan del beneficio permitido de \$40 por servicios pediátricos para la vista	Limitado a miembros hasta los 19 años; 1 visita por período de beneficios
	Anteojos para niños	Sin cargo	Asignaciones disponibles para anteojos/lentes	Limitado a miembros de hasta 19 años; 1 par de anteojos/lentes por período de beneficios
	Control dental para niños	Sin cargo	20% del beneficio permitido	Limitado a miembros hasta los 19 años; 2 visitas por período de beneficios

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (lea la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)**

- |                            |                           |   |
|----------------------------|---------------------------|---|
| • Cirugía bariátrica       | • Audífonos               | • Atención de la vista de rutina (adulto) |
| • Cirugía cosmética        | • Atención de largo plazo | • Cuidado de los pies de rutina           |
| • Atención dental (adulto) | • Enfermería privada      | • Programas para bajar de peso            |

**Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| • Aborto, excepto en circunstancias limitadas | • Atención quiropráctica   | • Tratamiento por infertilidad  |
| • Acupuntura                                  | • Cobertura dada fuera de los Estados Unidos.<br>Visite <a href="http://www.carefirst.com">www.carefirst.com</a> | • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. |

**Su derecho a mantener la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Finanzas de atención médica del Distrito de Columbia, <http://ombudsman.dc.gov> o llame al 1-877-685-6931. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el [Mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja formal o una apelación:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Finanzas de atención médica del Distrito de Columbia, <http://ombudsman.dc.gov> o llame al 1-877-685-6931.

### ¿Da este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible mediante el [Mercado de seguros](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para recibir el crédito fiscal por las primas.

### ¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por las primas que lo ayudará a pagar un plan mediante el [Mercado de seguros](#).

### Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-258-6518.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-6518.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-258-6518.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-258-6518.

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

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Copago</a> por hospital (centro)	\$600
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$30

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto/nacimiento  
 Servicios del centro para el parto/nacimiento  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$500
<a href="#">Copagos</a>	\$900
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,460</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Copago</a> por hospital (centro)	\$600
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación sobre enfermedades*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$900
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$920</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Copago</a> por hospital (centro)	\$300
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$50

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$1,300
<a href="#">Coseguro</a>	\$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,350</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

# Aviso de no discriminación y disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas

(ACTUALIZADO EL 4/15/2025)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc. y todas sus afiliadas corporativas (CareFirst) cumplen las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. CareFirst no excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

CareFirst:

- Da ayuda y servicios gratis a las personas que tienen discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios de idiomas gratis a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

**Si necesita estos servicios, llame al 855-258-6518.**

Si cree que CareFirst no prestó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el coordinador de derechos civiles de CareFirst por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles de CareFirst puede ayudarlo.

**Para presentar una queja formal sobre una violación de sus derechos civiles federales, comuníquese con el coordinador de derechos civiles como se indica abajo. No envíe pagos, temas relacionados con reclamos ni otros documentos a esta oficina.**

## Civil Rights Coordinator, Corporate Office of Civil Rights

Dirección postal	P.O. Box 14858 Lexington, KY 40512
Dirección de email	<a href="mailto:civilrightscoordinator@carefirst.com">civilrightscoordinator@carefirst.com</a>
Número de teléfono	410-528-7820
Número de fax	410-505-2011

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. mediante el portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., The Dental Network y First Care, Inc., licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (usado en VA por: First Care, Inc.). BLUE CROSS® y BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo azules son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes Blue Cross y Blue Shield.

Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their identification card. All others may call 1-855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.

ማሳሰቢያ (Amharic):- ይህ ማሳወቂያ ስለ ኢንሹራንስ ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ቁልፍ ቀኖችን ሊይዝ ይችላል እና በተወሰኑ የግዜ ገደቦች እርምጃ መውሰድ ሊኖርብዎ ይችላል። ይህን መረጃ እና እገዛ ያለ ምንም ወጪ በቋንቋዎ የማግኘት መብት አለዎት። አባላት በአባላት መታወቂያ ካርዳቸው ጀርባ ወዳለው ስልክ ቁጥር መደወል አለባቸው። ሌሎች በሙሉ ወደ 855-258-6518 በመደወል ዐን እንዲጮኑ እስኪጠየቁ ድረስ ምልልሱን መጠበቅ ይችላሉ። አንድ ወኪል ሲመልስ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ይግለጹ እና ከአስተርጓሚ ጋር ይገናኛሉ።

انتبه (Arabic): يحتوي هذا الإشعار على معلومات حول تغطيتك التأمينية. قد يحتوي على تواريخ رئيسية وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراء بحلول مواعيد نهائية معينة. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. يجب على الأعضاء الاتصال برقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هوية العضوية الخاصة بهم. يمكن للاخريين الاتصال بالرقم 855-258-6518 والانتظار طوال الحوار حتى يُطلب منهم الضغط على الرقم 0. عندما يجيبك أحد الوكلاء، حدد اللغة التي تحتاجها وسيتم توصيلك بمتترجم فوري.

মনোযোগ দিন (Bengali): এই বিজ্ঞপ্তিতে আপনার বীমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এতে গুরুত্বপূর্ণ তারিখগুলি থাকতে পারে এবং আপনাকে হয়ত নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে পদক্ষেপ নিতে হতে পারে। আপনার ভাষায় বিনামূল্যে এই তথ্য এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদস্যদের তাদের সদস্য পরিচয়পত্রের পিছনে দেওয়া ফোন নম্বরে কল করা উচিত। অন্যরা 855-258-6518 নম্বরে কল করতে পারেন এবং 0 চাপ দেওয়ার জন্য অনুরোধ না করা পর্যন্ত সংলাপের জন্য অপেক্ষা করতে পারেন। যখন একজন এজেন্ট উত্তর দেবেন, তখন আপনার প্রয়োজনীয় ভাষাটি বলুন এবং আপনাকে একজন দোভাষীর সাথে সংযুক্ত করা হবে।

注意 (Chinese) : 此通知包含有關您的保險範圍的資訊。它可能包含關鍵日期，您可能需要在特定截止日期之前採取行動。您有權免費以您的語言獲取此資訊和協助。會員應撥打會員證背面的電話號碼。其他所有人可以撥打 855-258-6518 並等待對話框，直到提示按 0。當代理商接聽時，請說明您需要的語言，然後您將會與翻譯人員聯繫。

توجه (Farsi): این اطلاعیه حاوی اطلاعاتی درباره پوشش بیمه‌ای شما است. ممکن است شامل تاریخ‌های مهم باشد و لازم باشد تا مهلت‌های مشخصی اقدام کنید. شما حق دارید این اطلاعات و کمک را به زبان خود و بصورت رایگان دریافت کنید. اعضا باید با شماره تلفن درج‌شده در پشت کارت شناسایی عضویت خود تماس بگیرند. سایر افراد می‌توانند با شماره 855-258-6518 تماس بگیرند و منتظر بمانند تا دستور داده شود که عدد 0 را فشار دهند. هنگامی که یک نماینده پاسخ داد، زبان مورد نیاز خود را اعلام کنید تا به یک مترجم متصل شوید.

Attention (French): Le présent avis contient des informations essentielles relatives à votre couverture d'assurance. Il peut inclure des échéances importantes nécessitant une action de votre part dans un délai déterminé. Vous avez le droit d'obtenir ces informations ainsi qu'une assistance dans votre langue, et ce, sans frais. Les assurés sont invités à contacter le numéro figurant au verso de leur carte d'adhérent. Toute autre personne peut appeler le 855-258-6518 et patienter jusqu'à l'invitation à composer le 0. Lorsque votre appel sera pris en charge, indiquez la langue souhaitée afin d'être mis en relation avec un interprète.

Achtung (German): Dieser Hinweis enthält Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz. Darin sind möglicherweise wichtige Termine aufgeführt und Sie müssen möglicherweise bis zu bestimmten Fristen Maßnahmen ergreifen. Sie haben das Recht, diese Informationen und Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Mitglieder sollten die Telefonnummer auf der Rückseite ihres Mitgliedsausweises anrufen. Alle anderen können 855-258-6518 anrufen und den Dialog abwarten, bis sie aufgefordert werden, die 0 zu drücken. Wenn ein Agent antwortet, geben Sie die gewünschte Sprache an und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

ध्यान दें (Hindi): इस नोटिस में आपके बीमा कवरेज के बारे में जानकारी है। इसमें महत्वपूर्ण तिथियां हो सकती हैं और आपको निश्चित समय सीमा तक कार्रवाई करनी पड़ सकती है। आपको यह जानकारी और सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। सदस्यों को अपने सदस्य पहचान पत्र के पीछे दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और 0 दबाने का संकेत मिलने तक संवाद की प्रतीक्षा कर सकते हैं। जब कोई एजेंट उत्तर दे, तो वह भाषा बताएं जिसकी आपको आवश्यकता है और आपको दुभाषिया से जोड़ा जाएगा।

Leruoanya (Igbo): ọkwà a nwere ozi bànyéré mkpuchi megide ihe mberede gí. Ọ nwere ike inwe ụbọchị ndi dī óké mkpà ma o nwekwara ike idị mkpa ka imee ihe tupu oge ụfọdụ agafee. Inwere ikike inweta ozi a ya na enyemaka na asụsụ gị n'akwụghị ụgwọ ọbụla. Ndi ọtù ga akpọ ọnụọgụgụ ekwenti dī na àzụ Káadi njirimara ndi ọtù ha. Ndi ọzọ nile nwere ike ịkpọ 855-258-6518 ma chere geruo mkparịta ụka ruo mgbe asi ha pịa 0. Mgbe onye ozi zara, kwuo asụsụ ichọrọ, a ga ejikota gị na onye ntughari asụsụ.

Attenzione (Italian): Questa informativa contiene informazioni sulla copertura assicurativa. Potrebbe contenere date importanti e potrebbe essere necessario intraprendere azioni entro determinate scadenze. È possibile ottenere queste informazioni e assistenza nella propria lingua gratuitamente. I membri sono pregati di chiamare il numero di telefono riportato sul retro del proprio tesserino di riconoscimento. Tutti gli altri possono chiamare il numero 855-258-6518 e rimanere in linea fino a quando non viene richiesto di premere 0. Quando un operatore risponde, è necessario indicare la lingua desiderata per essere messi in contatto con un interprete.

주의 (Korean): 이 고지에는 귀하의 보험 적용 범위에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 여기에는 주요 날짜가 포함되어 있을 수 있으며, 특정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하는 비용 없이 귀하의 언어로 이러한 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원은 회원증 뒷면에 있는 전화번호로 전화하시기 바랍니다. 회원이 아닌 모든 분들은 855-258-6518 로 전화하여 안내 메시지가 끝날 때까지 기다렸다가 0 을 눌러주세요. 상담원이 통화에 응답했을 때, 필요한 언어를 말씀하시면 통역사와 연결됩니다.

Baa'ákonínízin (Navajo): Díí bee íł hane'í béeso nich'ááh naa'nil bee ník'é'asti'í bódahólníhgo bee baa dahane'í biyi'. Dayoolkááí dóó bee ida'ii'aahí háidíí shíí t'áá bich'í'jii' ha'át'íshíí ádadiilíhígíí biyi'. Díí bee baa dahane'í dóó t'áá jiiik'eh nizaad bee nika'e'eyeedgo bee ná'ahoot'í'. Bii hada'dít'éhi binaaltsoos nit'izhí bee béedahózini baaq béesh bee hane'í námboo biká'ígíí yee dahalne' dooleeł. Nááná ła' ıęęąęıqęęáı yee dahalne' dóó yálti'í biba' asdáago niléí ó bił adılchííd hodoo'niidjii'. Naalnishí haadzıı'go, saad nínízinígíí bee bił hodiilnih dóó ata' yálti'í bich'í' ni'doolnih.

ध्यान दिनुहोस् (Nepali): यस सूचनामा तपाईंको बीमा कभरेजका बारेमा जानकारी समावेश छ। यसमा प्रमुख मितिहरू हुन सक्छन् र तपाईंले निश्चित समयसीमा भित्र कारबाही गर्नुपर्ने हुन सक्छ। तपाईंलाई यो जानकारी र सहयोग तपाईंको भाषामा निःशुल्क प्राप्त गर्ने अधिकार छ। सदस्यहरूले आफ्नो सदस्य परिचयपत्रको पछाडि रहेको फोन नम्बरमा कल गर्नुपर्छ। अरु सबैले 855-258-6518 मा कल गर्न सक्छन् र ० पुश गर्न प्रेरित नभएसम्म संवादको प्रतीक्षा गर्न सक्छन्। एजेन्टले जवाफ दिँदा, तपाईंलाई चाहिने भाषा बताउनुहोस् र तपाईंलाई दोभाषेसँग जोडिने छ।

Atenção (Portuguese): Este aviso contém informações sobre a cobertura do seu seguro. Ele pode conter datas importantes e você pode precisar tomar medidas dentro de determinados prazos. Você tem o direito de obter essas informações e assistência em seu idioma, sem nenhum custo. Os associados deverão ligar para o número de telefone indicado no verso do seu cartão de identificação de associado. Todos os outros podem ligar para 855-258-6518 e aguardar a mensagem até que seja solicitado a pressionar 0. Quando um agente atender, indique o idioma que você precisa e você será conectado a um intérprete.

Внимание (Russian): В настоящем уведомлении содержится информация о вашем страховом покрытии. Оно может содержать ключевые даты, и вам может потребоваться предпринять действия к определенным срокам. Вы имеете право получить эту информацию и помощь на своем языке бесплатно. Членам профсоюза следует звонить по номеру телефону, указанному на обратной стороне их удостоверения личности. Все остальные могут звонить по номеру 855-258-6518 и дожидаться диалога, пока не появится предложение нажать 0. Когда агент ответит, назовите нужный вам язык, и вас соединят с переводчиком.

Fa'alogo (Samoan): O lenei fa'aaliga o lo'o iai fa'amatalaga i vaega e kava e lau inisiua. E ono aofia ai aso taua ma atonu e te mana'omia ai le faia o se gaioiga i nisi taimi fa'agata. E iai lau aia tatau e maua ai nei fa'amatalaga ma fesoasoani i lau gagana e aunoa ma se tofogi. E tatau i sui auai ona vili le numera o le telefoni i tua o le latou pepa faamaonia. O isi uma e mafai ona vala'au i le 855-258-6518 ma fa'atali i le talanoaga se'ia fa'atonuina e oomi le 0. A tali mai se so'o upu, fa'aiiloa atu le gagana e te mana'omia ona fa'afeso'ota'i lea o oe i se tagata fa'alilii.

Pažnja (Serbian): Ovo obaveštenje sadrži informacije o vašem osiguranju. Može sadržati ključne datume i možda ćete morati da preduzmete akciju do određenih rokova. Imate prava da dobijete ove informacije i pomoć na vašem jeziku besplatno. Trebalo bi da članovi nazovu telefonski broj na poledini svoje članske legitimacije. Svi ostali mogu pozvati 855-258-6518 i sačekati automat dok ne dobiju obaveštenje da pritisnu taster "0". Kada se agent javi, navedite jezik koji vam je potreban i bićete povezani s prevodiocem

Atención (Spanish): Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Puede contener fechas clave y es posible que deba tomar medidas antes de determinadas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin coste alguno. Los afiliados deben llamar al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar el diálogo hasta que se les solicite presionar 0. Cuando un agente responda, indique el idioma que necesita y se conectará con un intérprete.

Atensyon (Tagalog): Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa saklaw ng iyong insurance. Maaaring naglalaman ito ng mga mahahalagang petsa at maaaring kailanganin mong kumilos ayon sa ilang partikular na mga deadline. May karapatan kang makuha ang impormasyong ito at tulong sa iyong wika nang walang bayad. Ang mga miyembro ay dapat tumawag sa numero ng telepono sa likod ng kanilang member identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa masabihan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin ang wikang kailangan mo at ikaw ay ikokonek sa isang tagapagsalin.

توجہ (Urdu): اس نوٹس میں آپ کی انشورنس کوریج کے بارے میں معلومات شامل ہیں۔ اس میں کلیدی تاریخیں شامل ہو سکتی ہیں اور آپ کو کچھ آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ آپ کو یہ معلومات اور مدد اپنی زبان میں، بغیر کسی قیمت کے حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے رکنیتی کارڈ کی پشت پر دئے گئے فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ باقی تمام لوگ 855-258-6518 پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبائے کا اشارہ ملنے تک ڈائلاگ پر انتظار کرنا چاہیے۔ جب کوئی ایجنٹ جواب دیتا ہے تو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور آپ کا رابطہ ایک مترجم سے کر دیا جائے گا۔

Lưu ý (Vietnamese): Thông báo này có chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn. Nó có thể chứa các ngày quan trọng và bạn có thể cần phải hành động theo thời hạn nhất định. Bạn có quyền nhận thông tin và hỗ trợ này bằng ngôn ngữ của mình mà không mất phí. Các thành viên nên gọi đến số điện thoại ở mặt sau thẻ thành viên của mình. Những người khác có thể gọi đến số 855-258-6518 và chờ qua hội thoại cho đến khi được nhắc nhấn số 0. Khi có nhân viên trả lời, hãy nêu ngôn ngữ bạn cần và bạn sẽ được kết nối với phiên dịch viên.