



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 de 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/AHADCN4SRXXDCN2A.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	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 otros miembros del grupo familiar en el <a href="#">plan</a> , cada miembro del grupo familiar podría tener que cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual, O todos los miembros del grupo familiar podrían combinarse para cumplir con el deducible familiar total antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar, según 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 con proveedores dentro de la red, así como los siguientes (solo en centros no en 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.	No tiene que alcanzar el <a href="#">deducible</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	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 miembros del grupo familiar en el plan, cada miembro del grupo familiar podría tener que cumplir con su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> , O todos los miembros del grupo familiar podrían combinarse para cumplir con el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total, según la cobertura del plan. Consulte su contrato para obtener más información.
¿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> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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 acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. 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 el cargo del proveedor y lo que su <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 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 que haya alcanzado su [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

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: No está cubierto	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, se exige autorización previa y podría aplicarse 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: No está cubierto	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, se exige autorización previa y podría aplicarse un cargo adicional del centro.
	Retail Health Clinic	\$25 de copago por visita	No está cubierto	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/examen médico</a> /vacunas	Sin cargo	No está cubierto	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 en 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: No está cubierto Hospital: No está cubierto Radiografías: No en hospital: No está cubierto Hospital: No está cubierto	Dentro del área de servicio de CareFirst, los beneficios para pruebas de laboratorio dentro de la red solo se aplican a las pruebas realizadas en LabCorp. Si el servicio se presta en un centro de un hospital, se requiere autorización previa y se aplicará el copago o coseguro por 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: No está cubierto Hospital: No está cubierto	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, se exige autorización previa y podría aplicarse 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 para 30 días; el suministro para 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: No está cubierto	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, se requiere autorización previa
	Cargos del médico/cirujano	No hospital y hospital: \$125 de copago por visita	No en hospital y hospital: No está cubierto	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, se requiere 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 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 emergencia; 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	Pagado como dentro de la red	Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia
<b>Si lo hospitalizan</b>	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Deducible, luego copago de \$600 por día hasta un pago máximo de \$3,000 por admisión para el miembro	No está cubierto	Se exige autorización previa
	Cargos del médico/cirujano	Deducible, después sin cargo	No está cubierto	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: No está cubierto	Para el tratamiento en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios podrían aplicarse cargos adicionales
	Servicios para pacientes hospitalizados	Deducible, luego copago de \$600 por día hasta un pago máximo de \$3,000 por admisión para el miembro	No está cubierto	Se exige autorización previa; podrían aplicarse cargos profesionales adicionales
<b>Si está embarazada</b>	Visitas en el consultorio	Sin cargo	No está cubierto	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. Si el servicio se presta en un centro de un hospital, se requiere autorización previa
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Deducible, después sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	Deducible, luego copago de \$600 por día hasta un pago máximo de \$3,000 por admisión para el miembro	No está cubierto	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	No está cubierto	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: No está cubierto	Se requiere autorización previa y, si el servicio se presta en un centro de un hospital, puede aplicarse un 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: No está cubierto	Se requiere autorización previa y, si el servicio se presta en un centro de un hospital, puede aplicarse un 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	No está cubierto	Se exige autorización previa; 60 días por período de beneficios
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% del beneficio permitido	No está cubierto	Se exige autorización previa para servicios específicos. Consulte su contrato.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Atención para pacientes hospitalizados: Sin cargo Atención ambulatoria: Sin cargo	Atención para pacientes hospitalizados: No está cubierto Atención para pacientes ambulatorios: No está cubierto	Se exige autorización previa; para proveedores participantes: 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 hasta los 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
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adulto)
- Aparatos auditivos
- Atención de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Cuidado de los pies de rutina
- 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
- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Cobertura dada fuera de los Estados Unidos. Visite [www.carefirst.com](http://www.carefirst.com)
- Tratamiento por infertilidad

**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 médicos, 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, por lo general, incluye planes, un 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)		Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red por una condición bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500	■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500	■ <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 <a href="#">especialista</a>	\$50	■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Copago</a> por hospital (centro)	\$600	■ <a href="#">Copago</a> por hospital (centro)	\$600	■ <a href="#">Copago</a> por hospital (centro)	\$300
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$30	■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%	■ Otro <a href="#">copago</a>	\$50
Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:		Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:		Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:	
Visitas en el consultorio del <a href="#">especialista</a> ( <i>atención prenatal</i> ) Servicios profesionales para el parto/nacimiento Servicios del centro para el parto/nacimiento <a href="#">Pruebas diagnósticas</a> ( <i>ultrasonidos y análisis de sangre</i> ) Visita con el <a href="#">especialista</a> ( <i>anestesia</i> )		Visitas en el consultorio del <a href="#">médico de atención primaria</a> ( <i>incluyendo educación sobre enfermedades</i> ) <a href="#">Pruebas diagnósticas</a> ( <i>análisis de sangre</i> ) <a href="#">Medicamentos con receta</a> <a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>glucómetro</i> )		<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a> ( <i>incluye suministros médicos</i> ) <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> ( <i>radiografías</i> ) <a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>muletas</i> ) <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> ( <i>fisioterapia</i> )	
<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>	<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>	<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>		<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>		<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$500	<a href="#">Deducibles</a>	\$0	<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$900	<a href="#">Copagos</a>	\$900	<a href="#">Copagos</a>	\$1,300
<a href="#">Coseguro</a>	\$0	<a href="#">Coseguro</a>	\$0	<a href="#">Coseguro</a>	\$50
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,460</b>	<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$920</b>	<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	<b><a href="mailto:civilrightscoordinator@carefirst.com">civilrightscoordinator@carefirst.com</a></b>
Número de teléfono	410-528-7820
Número de fax	410-505-2011

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente 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 o por teléfono en:

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. son licenciatarios independientes de la 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 son marcas de servicio registradas de la Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de licenciatarios independientes de Blue Cross and 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 ቀናችን 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 للآخرين 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 به صورت 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.



**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 дождаться 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 gaiioiga 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 totogi. 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'aילוa atu le gagana e te mana'omia ona fa'afeso'ota'i lea o oe i se tagata fa'alilili.

**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 poleđini 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 چاہئے۔ 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.