



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: Se brindará información por separado sobre el costo de este [plan](#) (lo que se denomina la [prima](#)).**

Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-800-251-7722. Para una definición de los términos de uso común, como [importe permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamando al 1-800-251-7722, para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | Dentro de la red: \$1,300 individual/\$2,600 familiar. Fuera de la red: \$3,000 individual/\$6,000 familiar. | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el importe del deducible , antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el importe total de los gastos del deducible que paguen todos los familiares alcance el deducible general familiar. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. La atención preventiva se cubre antes de pagar el deducible . | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha pagado el importe del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | Sí. Para la cobertura de medicamentos, \$50 individual/\$100 familiar; fuera de la red, \$350 individual/\$700 familiar | Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el importe del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios. |
| ¿Cuál es el límite de los gastos directos del bolsillo de este plan ? | Para proveedores participantes, \$7,375 individual/\$14,750 familiar. Para proveedores no participantes, \$14,750 individual / \$29,500 familiar | El límite de los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros familiares cubiertos por el plan , ellos deben pagar sus propios límites de los gastos directos del bolsillo hasta alcanzar el límite de los gastos directos del bolsillo familiar general. |
| ¿Qué no incluye el límite de los gastos directos del bolsillo ? | Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de los gastos directos del bolsillo . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visite www.ConnectiCare.com o llame al 1-800-251-7722 para obtener una lista de proveedores participantes. | Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor no participante y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su |

| | | |
|---|-----|--|
| | | proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una derivación para ver a un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que elija sin una derivación . |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya alcanzado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) | |
| Si visita una clínica o consultorio del proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$20 de copago por visita; no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |
| | Visita al especialista | \$40 de copago por visita; no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |
| | Atención preventiva / exámenes de detección /inmunizaciones | Sin cargo | 30 % de coseguro por visita | Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. |
| Si se realiza una prueba | Análisis de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Radiografías: \$40 de copago por servicio luego de pagar el deducible INET del plan; Servicios de laboratorio: \$10 de copago por servicio luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro por servicio luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa para ciertos servicios (p. ej., pruebas genéticas) |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografías por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI]) | \$65 de copago por servicio luego de pagar el deducible INET del plan hasta un máximo anual combinado de \$375 por resonancia magnética (MRI) y tomografías axiales computadas (TAC); \$400 por tomografías por emisión de positrones (PET); no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por servicio luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|
| | | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.ConnectiCare.com . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$5 de copago por receta (de venta minorista); \$10 de copago por receta (pedidos por correo); no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible por medicamentos con receta OON (de venta minorista y pedidos por correo) | Determinados medicamentos necesitarán autorización previa . Cubre hasta un suministro de 30 días por receta (de venta minorista); suministro de 90 días por receta (pedidos por correo). Los medicamentos especializados están disponibles en farmacias de especialidades de venta minorista solamente y cubiertos hasta un límite de suministro de 30 días. |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | \$35 de copago por receta (de venta minorista); \$70 de copago por receta (pedidos por correo); no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible por medicamentos con receta OON (de venta minorista y pedidos por correo) | |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | \$60 de copago por receta (de venta minorista); \$120 de copago por receta (pedidos por correo); no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible por medicamentos con receta OON (de venta minorista y pedidos por correo) | |
| | Medicamentos especializados (Nivel 4) | 20 % de coseguro hasta un máximo de \$100 por receta luego de pagar el deducible por medicamentos con receta INET (solo para farmacias de especialidades de venta minorista) | 30 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible por medicamentos con receta OON (solo para farmacias de especialidades de venta minorista) | |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Tarifa de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia) | \$500 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan en un centro hospitalario ambulatorio \$300 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan en un centro ambulatorio | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 0 % de coseguro luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|---|
| | | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencia | \$400 de copago por visita; no se aplica el deducible | \$400 de copago por visita; no se aplica el deducible | Ninguno. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno. |
| | Atención médica urgente | \$50 de copago por visita; no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |
| Si le hospitalizan | Tarifa de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro por admisión luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 0 % de coseguro luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$20 de copago por visita; no se aplica el deducible Tratamiento ambulatorio de salud mental y por abuso de alcohol y sustancias (tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial): \$100 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |
| | Servicios para pacientes internados | \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro por admisión luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|---|
| | | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo por cuidados prenatales y posparto | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | El costo compartido no se aplica a determinados servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto | 0 % de coseguro luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro por admisión luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno. |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de salud en el hogar | Sin cargo | 25 % de coseguro por visita luego de pagar \$50 de deducible por separado | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. Hasta 100 visitas por año calendario. |
| | Servicios de rehabilitación | \$20 de copago por visita; no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. Hasta 40 visitas por año. |
| | Servicios de habilitación | \$20 de copago por visita; no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Hasta 40 visitas por año. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|---|
| | | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Atención de enfermería especializada | \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión luego de pagar el deducible INET del plan | 30 % de coseguro por admisión luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. Máximo de 90 días por año calendario. |
| | Equipo médico duradero | 30 % de coseguro por equipo/suministro; no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por equipo/suministro luego de pagar el deducible OON del plan | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |
| | Servicios de hospicio | Costo compartido aplicable para cuidado de salud en el hogar o centro hospitalario para pacientes internados | Costo compartido aplicable para cuidado de salud en el hogar o centro hospitalario para pacientes internados | Se necesita autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--------------------------------|--|--|--|
| | | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo) | |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista pediátrico | \$40 de copago por visita; no se aplica el deducible | 30 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Un examen por año calendario. |
| | Anteojos para niños | Lentes: sin cargo Marco de colección: sin cargo Marco que no sea de colección: los miembros que elijan pasar de un marco de colección a un marco que no sea de colección recibirán un crédito sustancialmente igual al costo del marco de colección y tendrán derecho a los descuentos negociados por la compañía de seguros con el minorista | 50 % de coseguro luego de pagar el deducible OON del plan | Un par de marcos y lentes o lentes de contacto por año calendario. |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin cargo | 50 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | La cobertura se limita a dos exámenes por año. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

| Servicios que su plan generalmente NO cubre (Revise su póliza o documento del plan para ver más información o una lista de otros servicios excluidos). | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos • Servicios de enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies • Pruebas de audición de rutina • Programas de pérdida de peso (tarifa con descuento) |

| Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan). | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura de acupuntura se limita al control del dolor • Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (pueden estar cubiertos con limitaciones) • Tratamiento de infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina • Interrupción del embarazo |

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 X61565 o en www.cciio.cms.gov, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro de Salud](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, también puede comunicarse con el [plan](#) al 1-800-251-7722.

Su derecho a presentar quejas formales y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: ConnectiCare Member Appeals: PO Box 4061, Farmington, CT 06034-4061 o 1-800-251-7722

Residentes de Connecticut: Departamento de Seguros del Estado de Connecticut al 1-800-203-3447 o en www.ct.gov/cid/site/default.asp

Residentes de Massachusetts: División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o en www.mass.gov/ocabr/government/oca-agencies/doi-lp/

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado: al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura determinada. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

————— *Para ver ejemplos sobre cómo este [plan](#) podría cubrir los costos para una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.* —————

Información sobre estos ejemplos de cobertura



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se indican son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de los [costos compartidos \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar de acuerdo con otros [planes](#) de salud diferentes. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$1,300 |
| ■ Copago del especialista | \$40 |
| ■ Copago del hospital (instalación) | \$500 |
| ■ Otro coseguro | 30 % |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorio de [especialistas](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales de parto

Servicios de la instalación de partos profesionales

[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Costo total hipotético | \$12,700 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,300 |
| Copagos | \$1,100 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,460 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$1,300 |
| ■ Copago del especialista | \$40 |
| ■ Copago del hospital (instalación) | \$500 |
| ■ Otro coseguro | 30 % |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre la enfermedad)

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$5,600 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$700 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,020 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$1,300 |
| ■ Copago del especialista | \$40 |
| ■ Copago del hospital (instalación) | \$500 |
| ■ Otro coseguro | 30 % |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencia](#) (incluye suministros médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$2,800 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$200 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$70 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$870 |

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información acerca del programa de bienestar, llame al: 1-800-390-3522.

*Nota: Es posible que este [plan](#) tenga otros [deducibles](#) por servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay algún otro [deducible](#) por servicios específicos?” arriba.

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

Notificación sobre accesibilidad y no discriminación

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare:

- Ofrece material de forma gratuita y presta servicios a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con eficacia con nosotros, incluidos intérpretes calificados e información en formatos alternativos.
- Presta servicios de idioma sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, incluidos documentos traducidos e interpretaciones orales. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Comité de Derechos Civiles.

Si cree que ConnectiCare no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado a alguien en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una [queja formal](#) en: The Committee for Civil Rights, ConnectiCare, 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06034; llame al 1-800-251-7722 o a la línea de TTY al 1-800-833-8134. Puede presentar una [queja formal](#) en persona en 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT, por correo postal, por fax al (860) 674-2232 o por correo electrónico a memberservices@connecticare.com. Si necesita ayuda para presentar una [queja formal](#), el Comité de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios lingüísticos:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

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 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134)。

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-251-7722 (ATS: 1-800-833-8134).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-251-7722 (телетайп: 1-800-833-8134).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

(ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-251-7722 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-833-8134).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134)번으로 전화해 주십시오.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710) पर कॉल करें।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710)។

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).