



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.cuidadodesalud.gov/es/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? | Proveedores participantes: \$6,550 individual / \$13,100 familiar. Proveedores no participantes: \$13,100 individual / \$26,200 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 y las visitas a los médicos de atención primaria están cubiertas antes de que alcance su 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? | No hay otros deducibles específicos. | No es necesario que alcance deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ? | Para proveedores participantes, \$9,100 individual / \$18,200 familiar. Para proveedores no participantes, \$18,200 individual / \$36,400 familiar. | El límite a 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 de 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 |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|--|------------|---|
| | | proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | No | Puede ver al especialista que elija sin un referido . |



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 | \$40 de copago por visita; no se aplica el deducible | 50 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno |
| | Visita al especialista | \$70 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan | 50 % de coseguro por visita luego de pagar el deducible OON del plan | Ninguno |
| | Atención preventiva/ exámenes de detección/ inmunizaciones | Sin cargo | 50 % de coseguro por visita; no se aplica el deducible | 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 | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Radiografías: \$40 de copago por servicio luego de pagar el deducible INET del plan; servicios de laboratorio: \$20 de copago por servicio; no se aplica el deducible | 50 % 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 computada [CT], tomografías por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI]) | \$75 de copago por servicio luego de pagar el deducible INET del plan hasta un máximo anual combinado de \$375 por MRI y tomografías axiales computadas (CAT); \$400 por tomografías por PET | 50 % 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) | \$15 de copago por receta (de venta minorista) \$30 de copago por receta (pedidos por correo) no se aplica el deducible | 50 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible OON del plan (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). Medicamentos de especialidad están disponibles en farmacias de especialidad de venta minorista únicamente y cubren hasta un límite de un suministro de 30 días. |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | \$50 de copago por receta (de venta minorista) \$100 de copago por receta (pedidos por correo) no se aplica el deducible | 50 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible OON del plan (de venta minorista y pedidos por correo) | |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | 50 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible INET del plan (de venta minorista y pedidos por correo) | 50 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible OON del plan (de venta minorista y pedidos por correo) | |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | 50 % de coseguro hasta un máximo de \$500 por receta luego de pagar el deducible INET del plan (solo para farmacias de especialidad de venta minorista) | 50 % de coseguro por receta luego de pagar el deducible OON del plan (solo para farmacias de especialidad 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 de cirugía ambulatoria o de corta estancia | 50 % 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 | 50 % 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. |

| 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 | \$450 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan | \$450 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 0 % de coseguro luego de pagar el deducible INET del plan | 0 % de coseguro luego de pagar el deducible INET del plan | Ninguno |
| | Atención médica urgente | \$75 de copago por visita; no se aplica el deducible | 50 % 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 | 50 % 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 | 50 % 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 | \$40 de copago por visita; no se aplica el deducible Tratamiento de salud mental y por abuso de alcohol y sustancias para pacientes ambulatorios (tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial): \$100 de copago por visita; no se aplica el deducible | 50 % 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 | 50 % 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 | 50 % 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 | 50 % de coseguro luego de pagar el deducible OON del plan | |
| | Servicios de instalaciones de partos | \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión luego de pagar el deducible INET del plan | 50 % de coseguro por admisión luego de pagar el deducible OON del plan | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de salud en el hogar | 25 % de coseguro por visita luego de pagar \$50 de deducible por separado | 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 | \$30 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan | 50 % 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 | \$30 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan | 50 % 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 | 50 % de coseguro por admisión luego de pagar el deducible INET 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 | 40 % de coseguro por equipo/suministro luego de pagar el deducible INET del plan | 50 % 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 | \$70 de copago por visita luego de pagar el deducible INET del plan | 50 % 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 por visita 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 |

| 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/aborto |

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 (en inglés), 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 | \$6,550 |
| ■ Copago del especialista | \$70 |
| ■ Copago del hospital (instalación) | \$500 |
| ■ Otro coseguro | 40 % |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorio de [especialistas](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de la instalación de partos
[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 | \$6,550 |
| Copagos | \$1,300 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$7,910 |

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 | \$6,550 |
| ■ Copago del especialista | \$70 |
| ■ Copago del hospital (instalación) | \$500 |
| ■ Otro coseguro | 40 % |

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 | \$1,100 |
| Copagos | \$900 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,020 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$6,550 |
| ■ Copago del especialista | \$70 |
| ■ Copago del hospital (instalación) | \$500 |
| ■ Otro coseguro | 40 % |

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 | \$2,800 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,810 |

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.



Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en idiomas y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 800-251-7722 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 800-251-7722 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Português do Brasil (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 800-251-7722 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 800-251-7722 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

中文 (Simplified Chinese) 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 800-251-7722（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' 800-251-7722 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 800-251-7722 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan 800-251-7722 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-251-7722** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số **800-251-7722** (Người khuyết tật: **711**) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **800-251-7722 (711)** أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-251-7722 (TTY: 711)** 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndiha të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **800-251-7722 (TTY: 711)** ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **800-251-7722 (TTY: 711)** पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-251-7722 (TTY: 711)** o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-251-7722 (TTY: 711)** ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

AVISO DE POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, incluidas las características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, ni estereotipos de sexo. ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles llamando a servicios para miembros al 800-251-7722 (TTY: 711).

Si considera que ConnectiCare no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar

una queja formal ante el coordinador de derechos civiles escribiendo a la dirección ConnectiCare Grievance and Appeals Department, P.O. Box 4061, Farmington, CT 06034-4061; enviando un fax al 800-319-0089; o llamando a servicios para miembros al 800-251-7722. (Marque 711 para los servicios TTY). Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o el portal para miembros. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Reclamos y Apelaciones de ConnectiCare está disponible para asistirlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a: Departamento de Salud y Servicios Humanos (Estados Unidos) (DHHS), 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY: 800-537-7697).

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de ConnectiCare: espanol.connecticare.com/legal/nondiscrimination.