EmblemHealth®

Período de cobertura: comienza a partir del 1 de enero de 2022

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

EmblemHealth: **EmblemHealth Bronze Plus H.S.A** **Tipo de cobertura:** individual/familiar **Tipo de plan:** HMO

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el gasto de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el gasto de este plan (llamada la prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Si desea obtener más información sobre la cobertura o una copia completa de los términos de la cobertura, llame al 1-888-447-8255. Para las definiciones generales de términos comunes, como importe permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Usted puede consultar el glosario en www.emblemhealth.com o puede llamar al 1-888-447-8255 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	$6,300 individual/$12,600 familiar en proveedores de la red. No aplica para la atención preventiva.	Generalmente, usted debe pagar todos los gastos de los proveedores hasta el importe del deducible antes de que el plan comience a pagar estos servicios. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el importe total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva está cubierta antes de que usted alcance su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado el importe del deducible. Sin embargo, puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin participación en los costos y antes de que usted alcance su deducible. Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los gastos de estos servicios hasta el importe específico del deducible antes de que el plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores de la red: $6,900 individual/$13,800 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro debe alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, las penalidades, los cargos por saldos de facturación y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el **límite de gastos de bolsillo**.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Visite www.EmblemHealth.com o llame al 1-800-447-8255 para obtener una lista de los proveedores participantes.	Este plan ofrece una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). **Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.**
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin un referido.

Todos los gastos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de haber alcanzado su **deducible** si se aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si se atiende en la clínica o en el consultorio del proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	----Ninguna----
	Visita a un especialista	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	----Ninguna----
	Atención preventiva/ exámenes/inmunizaciones	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que pagará su plan.
Si tiene que hacerse una prueba	Análisis de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Se requiere una aprobación previa para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los procedimientos de laboratorio. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará el pago o se reducirá.
	Imágenes (tomografías por emisión de positrones, tomografías computadas, resonancias magnéticas)	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para más información sobre la **cobertura de medicamentos con receta**, visite www.EmblemHealth.com.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Una vez alcanzado el deducible del plan: Farmacia minorista: copago de $15/suministro de 30 días Pedidos por correo: copago de $38/suministro de 90 días	Sin cobertura	Si tiene una afección de emergencia, no se requiere aprobación previa para un medicamento con receta cubierto utilizado para tratar un trastorno por consumo de sustancias, que incluye un medicamento con receta para manejar la abstinencia o estabilización de opioides y para la reversión de sobredosis de opioides. Se aplican cargos auxiliares, según su contrato de miembro. Su gasto puede ser mayor si selecciona un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible. Este plan tiene una red de farmacias preferidas que excluye a CVS.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Una vez alcanzado el deducible del plan: Farmacia minorista: copago de $65/suministro de 30 días Pedidos por correo: copago de $163/suministro de 90 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Una vez alcanzado el deducible del plan: Farmacia minorista: copago de $80/suministro de 30 días Pedidos por correo: copago de $200/suministro de 90 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Una vez alcanzado el deducible del plan: Nivel 1: copago de $15/suministro de 30 días Nivel 2: copago de $65/suministro de 30 días Nivel 3: copago de $80/suministro de 30 días	Sin cobertura	Deben ser dispensados por una farmacia de especialidades. Se requiere un referido por escrito.
Si le hacen una cirugía como paciente ambulatorio	Tarifa de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia)	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Tarifas del médico/cirujano	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita atención médica de inmediato	Atención en sala de emergencia	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Se renuncia a ella tras la admisión.
	Traslado médico de emergencia	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	----Ninguna----
	Atención de urgencia	Una vez alcanzado el deducible del plan, copago de $100 por visita	Sin cobertura	Solo dentro de la red.
Si está hospitalizado	Tarifa de la instalación (p. ej.: habitación de hospital)	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50% por admisión	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago. Sin embargo, la aprobación previa no es necesaria para las admisiones de emergencia.
	Tarifa del médico/cirujano	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
Si tiene necesidades de salud mental, de salud del comportamiento o de consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Visitas ilimitadas. Para la atención por consumo de sustancias, se pueden usar hasta veinte (20) visitas por año del plan para orientación familiar.
	Servicios para pacientes ingresados	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50% por admisión	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago. Sin embargo, la aprobación previa no es necesaria para las admisiones de emergencia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	La atención prenatal que no se preste de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos y la Administración de Recursos y Servicios de Salud utilizará la participación en los costos del servicio correspondiente.
	Servicios profesionales de alumbramiento/parto	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, el ultrasonido). Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Servicios de la instalación de alumbramiento/parto	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50% por admisión	Sin cobertura	Limitados a cuarenta y ocho (48) horas para parto natural, y a noventa y seis (96) horas para cesárea. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de salud en el hogar	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Cuarenta (40) visitas por año del plan. La infusión a domicilio cuenta para los límites de visitas de cuidado de salud en el hogar. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Servicios de rehabilitación	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Paciente ingresado: sesenta (60) días por año del plan. Terapias combinadas. Paciente ambulatorio: sesenta (60) visitas por afección por año del plan. Terapias combinadas. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Servicios de habilitación	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	
	Atención de enfermería especializada	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	200 días por año del plan. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Equipo médico duradero	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Un (1) aparato protésico externo por miembro y de por vida. No hay ortesis. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Servicios de hospicio	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	210 días por año del plan. Cinco (5) visitas de orientación por duelo familiar. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Una vez alcanzado el deducible del plan, no se aplican cargos.	Sin cobertura	Una (1) prueba cada doce (12) meses
	Lentes para niños	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Un par de (1) lentes recetados y marcos cada doce (12) meses
	Chequeo dental para niños	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 50%	Sin cobertura	Un (1) examen dental y una limpieza cada seis (6) meses. Radiografías de toda la boca o radiografías panorámicas a intervalos de treinta y seis (36) meses y radiografías de aleta de mordida a intervalos de seis (6) meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte los documentos del plan o la póliza para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención dental para adultos
- Atención de largo plazo
- La mayoría de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- Servicios de aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (se requiere aprobación previa).
- Atención quiropráctica
- Audífonos (se requiere aprobación previa).
- Tratamiento de infertilidad (se requiere aprobación previa).
- Cuidado de rutina de los ojos

Su derecho a continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736 o www.dfs.ny.gov/, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x1565 o www.cciio.cms.gov, Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Puede tener otras opciones disponibles, incluida la adquisición de la cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 o a NY State of Health Marketplace al 1-855-355-5777 o visite www.nystateofhealth.ny.gov.

Su derecho a querella y apelación: hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan debido a un rechazo de una reclamación. Esta queja se llama querella o apelación. Para obtener más información sobre su derecho, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o querella por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o recibir ayuda, comuníquese con:

EmblemHealth **Por teléfono:** Llame al número que figura en su tarjeta de identificación. **Por escrito:** EmblemHealth Grievance and Appeals Department P.O. Box 2801 New York, NY 10116-2807 Sitio web: www.emblemhealth.com **Para la cobertura HMO** **New York State Department of Health** **Por teléfono:** 1-800-206-8125 **Por escrito:** New York State Department of Health Office of Health Insurance Programs Bureau of Consumer Services – Complaint Unit Corning Tower – OCP Room 1607 Albany, NY 12237 Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov Sitio web: www.health.ny.gov	**Para todos los tipos de cobertura** **New York State Department of Financial Services** **Por teléfono:** 1-800-342-3736 **Por escrito**: New York State Department of Financial Services Consumer Assistance Unit One Commerce Plaza Albany, NY 12257 Sitio web: www.dfs.ny.gov **Programa de asistencia al consumidor** **Programa de Asistencia al Consumidor del Estado de Nueva York** **Por teléfono:** 1-888-614-5400 **Por escrito:** Community Health Advocates 633 Third Avenue, 10th Floor New York, NY 10017 Correo electrónico: cha@cssny.org Sitio web: www.communityhealthadvocates.org **Para cobertura para grupos:** **Departamento de Trabajo de los EE. UU.** **Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados** al 1-866-444-EBSA (3272) Sitio web: www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.
Si no tiene una cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud durante ese mes.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí.
Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal para prima que le ayuda a pagar un plan a través del Mercado.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en **www.emblemhealth.com.**

Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-447-8255.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-447-8255.
Chino（中文）：如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-447-8255.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-447-8255

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los gastos en una posible situación médica, consulte la siguiente sección.

Esta no es una herramienta de cálculo de gastos. Los tratamientos presentados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus gastos reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los importes de la participación en los costos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos según el plan. Use esta información para comparar la parte de los gastos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **Deducible general del plan** $6,300
- **Especialista (participación en los costos)** $65
- **Participación en los costos del hospital (instalación)** $0
- **Otra participación en los costos**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas a consultorio de especialistas (atención prenatal)
Servicios profesionales de alumbramiento/parto
Servicios de la instalación de alumbramiento/parto
Análisis de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)
Visita de especialista (anestesia)

Gasto total del ejemplo	$12,800
En el ejemplo, Peg pagaría:	
Participación en los costos	
Deducibles	$1,720
Copagos	$0
Coseguro	$5,180
Gastos no cubiertos	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	$6,960

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- **Deducible general del plan** $6,300
- **Especialista (participación en los costos)** $65
- **Participación en los costos del hospital (instalación)** $0
- **Otra participación en los costos**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida la educación sobre la enfermedad)
Análisis de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (glucómetro)

Gasto total del ejemplo	$7,400
En el ejemplo, Joe pagaría:	
Participación en los costos	
Deducibles	$4,249
Copagos	$1,280
Coseguro	$1,371
Gastos no cubiertos	
Límites o exclusiones	$55
El total que Joe pagaría es	$6,955

Fractura simple de Mia

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

- **Deducible general del plan** $6,300
- **Especialista (participación en los costos)** $65
- **Participación en los costos del hospital (instalación)** $0
- **Otra participación en los costos** $0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencia (incluidos los suministros médicos)
Análisis de diagnóstico (radiografías)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Gasto total del ejemplo	$1,900
En el ejemplo, Mia pagaría:	
Participación en los costos	
Deducibles	$963
Copagos	$0
Coseguro	$963
Gastos no cubiertos	
Límites o exclusiones	
El total que Mia pagaría es	$1,926

El **plan** será responsable del resto de los gastos de estos servicios incluidos que figuran como EJEMPLO.

EmblemHealth

ATENCIÓN: Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-411-3625**. TTY/TDD: **711**.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: Usted tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

中文 (Traditional Chinese)
注意：我們免費提供相關的語言協助服務。請致電 **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**)。

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по тел. **1-877-411-3625** (служба текстового телефона TTY/TDD: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)
ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

한국어 (Korean)
주의: 귀하에게 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-877-411-3625**(TTY/TDD: **711**)번으로 전화하십시오.

Italiano (Italian)
ATTENZIONE: sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

אידיש (Yiddish)
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס, אהן קיין פרייז, זיינען דא צו באקומען פאר אייך. רופט **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

বাংলা (Bengali)
মনোযোগ দিন: ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) নম্বরে ফোন করুন।

Polski (Polish)
UWAGA: dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Prosimy zadzwonić pod numer **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

(Arabic) العربية
يُرجى الانتباه: تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً، اتصل على الرقم **1-877-411-3625** أو (TTY/TDD: **711**).

Français (French)
ATTENTION : une assistance d'interprétation gratuite est à votre disposition. Veuillez composer le **1-877-411-3625** (TTY/TDD : **711**).

(Urdu) اردو
توجہ دیں: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ **1-877- 411-3625** (TTY/TDD**: 711**) پر کال کریں۔

Tagalog (Tagalog)
NANANAWAGAN NG PANSIN: Mayroon kang magagamit na mga serbisyo para sa tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Ελληνικά (Greek)
ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε το **1-877-411-3625** (για άτομα με προβλήματα ακοής (TTY/TDD): **711**).

Shqip (Albanian)
VINI RE: Shërbime ndihmore për gjuhën, falas, janë në dispozicionin tuaj. Telefononi në **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

AVISO DE LA POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

EmblemHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. EmblemHealth no excluye a personas ni las trata de forma diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

EmblemHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratis a personas cuya lengua madre no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Si usted considera que EmblemHealth no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otro modo por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querella a EmblemHealth Grievance and Appeals Department, PO Box 2844, New York, NY 10116, o llamar a servicios para miembros al **1-877-411-3625**. (Marque **711** para acceder a servicios de TTY/TDD). Puede presentar una querella en persona, por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una querella, el Departamento de Querellas y Apelaciones de EmblemHealth está disponible para ayudarle. Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por Internet a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por teléfono o correo a **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019**, (marque **1-800-537-7697** para servicios de TTY).

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

Group Health Incorporated (GHI), HIP Health Plan of New York (HIP), HIP Insurance Company of New York y EmblemHealth Services Company, LLC son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.