

 El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a seleccionar un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (la [prima](#)) será proporcionada por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura o una copia de todos los términos de la cobertura, llame al 1-800-447-8255. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como [importe permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1-800-447-8255 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	Dentro de la red: \$500 individual/ \$1,000 familiar.	Generalmente, usted debe pagar todos los gastos de los proveedores hasta el importe del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible total familiar antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí. La atención preventiva , la atención primaria, la telemedicina y la acupuntura están cubiertas antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted aún no ha alcanzado el importe del deducible . Sin embargo, puede aplicarse un copago o un 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 healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$0 individual/\$0 familiar para cobertura de medicamentos.	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 participantes: \$7,500 individual/\$15,000 familiar	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , se debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo total de la familia.
¿Qué gastos no se incluyen en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Usted pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite EmblemHealth.com o llame al 1-800-447-8255 para obtener una lista de proveedores participantes.	Este plan ofrece una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Pagará más si usa un proveedor no participante y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (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 con el especialista que elija sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) indicados en este cuadro son para cuando haya alcanzado su [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si visita la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$25 no sujeto a deducible .	Sin cobertura	Primeras 3 visitas totalmente cubiertas (cualquier combinación de proveedor de atención primaria, análisis de comportamiento aplicado, salud mental y trastorno por uso de sustancias [PCP, ABA, MH/SUD, por sus siglas en inglés])
	Visita a un especialista	Copago de \$50 no sujeto a deducible .	Sin cobertura	No hay
	Atención preventiva/exámenes /inmunizaciones	Sin cargo	Sin cobertura	No hay
Si tiene que hacerse una prueba	Análisis de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: realizadas en el consultorio del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): copago de \$25 después del deducible Realizadas en el consultorio de un especialista: copago de \$50 después del deducible . Análisis: realizados en el consultorio del médico de atención primaria (PCP): copago de \$25 no sujeto a deducible . Realizados en el consultorio de un especialista: copago de \$50 no sujeto a deducible .	Sin cobertura	Puede requerirse autorización previa .
	Imágenes (tomografías computadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], resonancias magnéticas [MRI])	Copago de \$50 después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite EmblemHealth.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$0 (venta minorista); copago de \$0 (pedidos por correo)	Sin cobertura (venta minorista) Sin cobertura (pedidos por correo)	No se requiere autorización 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. 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)	Copago de \$40 (venta minorista); copago de \$100 (pedidos por correo)	Sin cobertura (venta minorista) Sin cobertura (pedidos por correo)	
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Copago de \$80 (venta minorista); copago de \$200 (pedidos por correo)	Sin cobertura (venta minorista) Sin cobertura (pedidos por correo)	
	Medicamentos especiales (nivel 4)	Nivel 1: copago de \$0/suministro de 30 días Nivel 2: copago de \$40/suministro de 30 días Nivel 3: copago de \$80/suministro de 30 días (solo venta minorista de medicamentos de especialidad)	Sin cobertura (solo venta minorista de medicamentos de especialidad)	
Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$350 después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Tarifas del médico/cirujano	Copago de \$350 después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
Si necesita atención médica de inmediato	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$800 después del deducible	Copago de \$800 después del deducible	Se exime si se lo ingresa en el hospital.
	Traslado médico de emergencia	Copago de \$350 después del deducible	Copago de \$350 después del deducible	No hay
	Atención de urgencia	Copago de \$100 después del deducible	Sin cobertura	No hay
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa de la instalación (p. ej.: habitación de hospital)	Coseguro del 30 % después del deducible , por admisión	Sin cobertura	Se requiere autorización previa , excepto para las admisiones de emergencia.
	Tarifas del médico/cirujano	Copago de \$350 después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: copago de \$25 no sujeto a deducible . Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios: copago de \$25 no sujeto a deducible .	Sin cobertura	Primeras 3 visitas totalmente cubiertas (cualquier combinación de PCP, ABA, MH/SUD) 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	Coseguro del 30 % después del deducible , por admisión	Sin cobertura	Se requiere autorización previa , excepto para las admisiones de emergencia.
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 (USPSTF, por sus siglas en inglés) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) utilizará la participación en los costos del servicio correspondiente.
	Servicios profesionales de alumbramiento/parto	Copago de \$350 después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Servicios de la instalación de alumbramiento/parto	Coseguro del 30 % después del deducible , por admisión	Sin cobertura	Limitados a cuarenta y ocho (48) horas para parto natural y a noventa y seis (96) horas para cesárea. Una (1) visita de cuidado de salud en el hogar totalmente cubierta si se le da el alta antes. Se requiere autorización previa .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de salud en el hogar	Copago de \$50 después del deducible	Sin cobertura	Cuarenta (40) visitas por año del plan. Se requiere autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	Paciente ingresado: coseguro del 30 % después del deducible , por admisión Paciente ambulatorio: copago de \$25/\$50 después del deducible	Sin cobertura	Paciente ingresado: sesenta (60) días por afección/año del plan, terapias combinadas. Paciente ambulatorio: sesenta (60) visitas por afección/año del plan, terapias combinadas. Se requiere autorización previa .
	Servicios de habilitación	Paciente ingresado: coseguro del 30 % después del deducible , por admisión Paciente ambulatorio: copago de \$25/\$50 después del deducible	Sin cobertura	Paciente ingresado: sesenta (60) días por afección/año del plan, terapias combinadas. Paciente ambulatorio: sesenta (60) visitas por afección/año del plan, terapias combinadas. Se requiere autorización previa .
	Cuidado de enfermería especializado	Coseguro del 30 % después del deducible , por admisión	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 % después del deducible	Sin cobertura	No hay
	Servicios de hospicio	Paciente ingresado: coseguro del 30 % después del deducible Paciente ambulatorio: copago de \$50 después del deducible	Sin cobertura	210 días por año del plan. Cinco (5) visitas de orientación por duelo familiar. Se requiere autorización previa .
	Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura
Lentes para niños		Coseguro del 20% no sujeto a deducible .	Sin cobertura	Un (1) par de lentes recetados y marcos cada doce (12) meses.
Chequeo dental para niños		Copago de \$25 no sujeto a deducible .	Sin cobertura	Un (1) examen dental y una limpieza cada seis (6) meses. Radiografías de boca completa o radiografías panorámicas.

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 que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU. | • Exámenes auditivos de rutina |
| • Atención dental (adultos) | • Servicios de enfermería privada | • Programas de pérdida de peso |
| • Atención de largo plazo | • Cuidado de rutina de los pies | |

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

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| • Acupuntura | • Atención quiropráctica | • Tratamiento de infertilidad |
| • Cirugía bariátrica
(se requiere aprobación previa) | • Audífonos
(se requiere aprobación previa) | (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 en dfs.ny.gov; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x1565 o en cciio.cms.gov (solo en inglés); Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html, o dol.gov/ebsa/healthreform. Puede tener otras opciones de cobertura 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 HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 o a NY State of Health Marketplace al 1-855-355-5777, o visite nystateofhealth.ny.gov (solo en inglés).

Su derecho a queja 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 [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) 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: emblemhealth.com

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: dfs.ny.gov

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

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 Empleados

al 1-866-444-EBSA (3272)

Sitio web: dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí.

La [Cobertura esencial mínima](#) incluye, en general, [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para determinados tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima](#).

¿Esta cobertura cumple los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no satisface los [Estándares de valor mínimo](#), puede ser elegible para un [crédito tributario de prima](#) para ayudar a pagar por un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-888-447-8255.

Tagalo (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, kwijijigo holne' 1-888-447-8255.

_____ Para acceder a ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente. _____

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Documentación (PRA, por sus siglas en inglés): conforme a la Ley para la Reducción de Documentación de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1146. Se calcula que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluido el tiempo para evaluar las instrucciones, hacer búsquedas en los recursos de datos existentes, recopilar la información necesaria y completar y evaluar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del cálculo de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Acerca de estos ejemplos de cobertura



Esta no es una herramienta de cálculo de gastos. Los tratamientos que se muestran solo son 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. Concéntrese en los importes de [participación en los costos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)), así como los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los gastos que usted podría pagar bajo 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 un parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 30 %
- Otro [copago](#) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al 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 un [especialista](#) (*anestesia*)

Gasto total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Participación en los costos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$1,160
Coseguro	\$3,406
<i>Gastos no cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,126

Manejo 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](#) \$500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 30 %
- Otro [copago](#) \$0

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	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Participación en los costos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$2,440
Coseguro	\$346
<i>Gastos no cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$3,341

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 30 %
- Otro [copago](#) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencia](#) (*incluidos los suministros médicos*)

[Análisis de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Gasto total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Participación en los costos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$1,680
Coseguro	\$18
<i>Gastos no cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,198

Nota: Con estas cifras, se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa del programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al: 1-800-390-3522.

*Nota: Este [plan](#) puede tener otros [deducibles](#) para los servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?" que figura más arriba.

El [plan](#) será responsable del resto de los gastos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLO.



ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call **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**).

العربية (Arabic)

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**).

اردو (Urdu)

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 y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. EmblemHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

EmblemHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - intérpretes calificados de lengua de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma primario 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 queja 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 queja en persona, por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Quejas y Apelaciones de EmblemHealth está disponible para ayudarlo. Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los EE. UU., por Internet a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** (solo en inglés), 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** (solo en inglés).