




Le document Résumé des garanties et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC) vous aidera à choisir un régime de soins de santé. Ce document vous montre comment vous et le régime partagez le coût des services de soins de santé couverts. REMARQUE : Les informations sur le coût de ce régime (appelé la prime) seront fournies séparément. Ceci n'est qu'un résumé. Pour en savoir plus sur votre couverture ou pour obtenir une copie des conditions complètes de la couverture, composez le 1-800-521-2227 ou consultez www.bcbstx.com. Pour obtenir des définitions générales des termes courants, tels que montant autorisé, facturation du solde, coassurance, quote-part, franchise, fournisseur ou d'autres termes soulignés, consultez le glossaire. Vous pouvez consulter le glossaire à www.healthcare.gov/sbc-glossary ou composer le 1-855-756-4448 pour en demander un exemplaire.

| Questions importantes | Réponses | Pourquoi c'est important : |
|---|---|---|
| Quelle est la <u>franchise</u> globale ? | <u>En réseau</u> : 4 000 \$ individu / 8 000 \$ famille | En règle générale, vous devez payer tous les frais des <u>fournisseurs</u> jusqu'au montant de la <u>franchise</u> avant que ce <u>régime</u> ne commence à payer. Si vous avez d'autres membres de la famille couverts par le <u>régime</u> , chaque membre doit atteindre sa propre <u>franchise</u> individuelle jusqu'à ce que le total des dépenses de <u>franchise</u> payées par tous les membres atteigne la <u>franchise</u> familiale globale. |
| Y a-t-il des services couverts avant d'atteindre votre <u>franchise</u> ? | Oui. Les services qui facturent une <u>quote-part</u> , les <u>médicaments sur ordonnance</u> , les services d'urgence et certains <u>soins préventifs</u> et <u>tests de diagnostic</u> sont couverts avant d'atteindre votre <u>franchise</u> . | Ce <u>régime</u> couvre certains soins et services, même si vous n'avez pas encore atteint votre <u>franchise</u> . Mais une <u>quote-part</u> ou une <u>coassurance</u> peut s'appliquer. Par exemple, ce <u>régime</u> couvre certains <u>services préventifs</u> sans <u>partage des coûts</u> et avant que vous n'atteigniez votre <u>franchise</u> . Consultez la liste des <u>services préventifs</u> couverts à www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| Y a-t-il d'autres <u>franchises</u> pour certains services spécifiques ? | Oui. Par événement : 2 000 \$ pour l'admission d'un patient hospitalisé <u>en réseau</u> . Il n'y a pas d'autres <u>franchises</u> spécifiques. | Vous devez payer tous les frais pour ces services jusqu'à avoir atteint la <u>franchise</u> spécifique avant que ce <u>régime</u> ne commence à payer ces services |
| Quel est le <u>maximum de déboursés</u> pour ce <u>régime</u> ? | <u>En réseau</u> : 7 000 \$ individu / 14 000 \$ famille | Le <u>maximum de déboursés</u> est le montant maximum que vous pourriez payer en un an pour des services couverts. Si d'autres membres de votre famille participent à ce <u>régime</u> , ils doivent respecter leur propre <u>maximum de déboursés</u> jusqu'à ce que le <u>maximum global de déboursés</u> de la famille soit atteint. |
| Qu'est-ce qui n'est pas inclus dans le <u>maximum de déboursés</u> ? | <u>Les primes</u> , les <u>frais de facturation du solde</u> et les soins de santé que ce <u>régime</u> ne couvre pas. | Même si vous payez ces dépenses, elles ne sont pas prises en compte dans le <u>maximum de déboursés</u> . |
| Paieriez-vous moins cher si vous utilisez un <u>fournisseur en réseau</u> ? | Oui. Consultez www.bcbstx.com ou composez le 1-800-810-2583 pour obtenir la liste des <u>fournisseurs en réseau</u> . | Ce <u>régime</u> utilise un <u>réseau de fournisseurs</u> . Vous paierez moins cher si vous utilisez un <u>fournisseur en réseau</u> . Vous paierez le plus cher si vous utilisez un <u>fournisseur hors réseau</u> , et vous pourriez recevoir une facture d'un <u>fournisseur</u> pour la différence entre les frais du <u>fournisseur</u> et ce que votre <u>régime</u> paie (<u>facturation du solde</u>). Sachez que votre <u>fournisseur en réseau</u> |

| | | |
|---|------|--|
| | | peut recourir un <u>fournisseur hors réseau</u> pour certains services (tels que les analyses de laboratoire). Vérifiez auprès de votre <u>fournisseur</u> avant d'obtenir des services. |
| Avez-vous besoin d'une recommandation pour consulter un <u>spécialiste</u> ? | Non. | Vous pouvez voir le <u>spécialiste</u> de votre choix sans <u>recommandation</u> . |

 Tous les frais de **quote-part** et de **coassurance** indiqués dans ce tableau s'appliquent après avoir atteint votre **franchise**, si une **franchise** s'applique.

| Événement médical courant | Services dont vous pourriez avoir besoin | Ce que vous paierez | | Limitations, exceptions et autres informations importantes |
|--|--|---|--|---|
| | | <u>Fournisseur en réseau</u> (Vous paierez le moins) | <u>Fournisseur hors réseau</u> (Vous paierez le plus) | |
| Si vous consultez au cabinet ou à la clinique d'un <u>fournisseur</u> de soins de santé | Visite de soins primaires pour traiter une blessure ou une maladie | <u>Quote-part</u> de 10 \$ /visite ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | Contactez HAS pour plus d'informations sur les avantages de Telemed. |
| | Consultation d'un <u>spécialiste</u> | <u>Quote-part</u> de 80 \$ /visite ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | |
| | <u>Soins préventifs/dépistage/</u> vaccination | Aucuns frais ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | Vous pourriez devoir payer pour des services qui ne sont pas <u>préventifs</u> . Demandez à votre <u>fournisseur</u> si les services nécessaires sont <u>préventifs</u> . Puis vérifiez ce que couvre votre <u>régime</u> . |
| Si vous devez faire un test | <u>Test diagnostique</u> (radiographie, analyse de sang) | Aucuns frais ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | Une <u>quote-part</u> pour les consultations peut s'appliquer. |
| | Imagerie (tomodensitométrie/TEP, IRM) | Aucuns frais après <u>franchise</u> | Non couvert | Aucune |

| Événement médical courant | Services dont vous pourriez avoir besoin | Ce que vous paierez | | Limitations, exceptions et autres informations importantes |
|--|--|---|---|---|
| | | Fournisseur en réseau (Vous paierez le moins) | Fournisseur hors réseau (Vous paierez le plus) | |
| Si vous avez besoin de médicaments pour traiter une maladie ou condition Plus de renseignements sur la <u>couverture des médicaments sur ordonnance</u> sont disponibles à www.bcbstx.com | Médicaments génériques | <u>Quote-part</u> de 10 \$ pour la vente au détail et par correspondance / ordonnance ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | Le commerce de détail couvre un approvisionnement de 30 jours. Avec une ordonnance appropriée, un approvisionnement allant jusqu'à 90 jours est disponible. La vente par correspondance couvre un approvisionnement de 90 jours et est expédiée par la pharmacie de vente par correspondance Amazon Exclusive. Le paiement de la différence entre le coût d'un médicament de marque et celui d'un médicament générique peut être exigé si un médicament générique est disponible. |
| | Médicaments de marque préférée | <u>Quote-part</u> de 30 \$ au détail /60 \$ par correspondance /ordonnance ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | |
| | Médicaments de marque non préférée | <u>Quote-part</u> de 50 \$ au détail/100 \$ par correspondance /ordonnance ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | |
| | <u>Médicaments spécialisés</u> | <u>Quote-part</u> de 200 \$ /ordonnance ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | Les <u>médicaments de spécialité</u> sont disponibles dans toutes les pharmacies de détail. Vente au détail spécialisée limitée à un approvisionnement de 30 jours. La vente par correspondance n'est pas couverte. |

| Événement médical courant | Services dont vous pourriez avoir besoin | Ce que vous paierez | | Limitations, exceptions et autres informations importantes |
|--|---|--|--|--|
| | | Fournisseur de réseau (Vous paierez le moins) | Fournisseur hors réseau (Vous paierez le plus) | |
| Si vous subissez une chirurgie ambulatoire | Frais d'établissement (p. ex., centre de chirurgie ambulatoire) | <u>Quote-part</u> de 500 \$ /visite | Non couvert | Les procédures de remplacement bariatrique, de la colonne vertébrale et des articulations totales ne sont couvertes que si elles sont effectuées par Lantern Health. |
| | Honoraires du médecin/chirurgien | Aucuns frais après <u>franchise</u> | Non couvert | |
| Si vous avez besoin de soins médicaux immédiats | <u>Soins aux urgences</u> | Frais d'établissement : <u>Quote-part</u> de 400 \$/visite ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas. Frais de médecin urgentiste : Aucun frais après la <u>franchise</u> | Frais d'établissement : <u>Quote-part</u> de 400 \$/visite ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas. Frais de médecin urgentiste : Aucun frais après la <u>franchise</u> | <u>Quote-part aux urgences</u> annulée en cas d'admission. |
| | <u>Transport médical d'urgence</u> | Aucuns frais après <u>franchise</u> | Aucuns frais après <u>franchise</u> | Transport terrestre et aérien couvert. |
| | <u>Soins d'urgence mineure (Urgent care)</u> | <u>Quote-part</u> de 100 \$ /visite ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | Aucune |
| Si vous êtes hospitalisé | Frais d'établissement (p. ex., chambre d'hôpital) | 2 000 \$/ <u>franchise</u> par admission | Non couvert | Une <u>préautorisation</u> est requise ; Pénalité de 250 \$ si absence de <u>préautorisation hors réseau</u> . |
| | Honoraires des médecins/chirurgiens | Aucuns frais après <u>franchise</u> | Non couvert | Aucune |
| Si vous avez besoin de services de santé mentale, de santé comportementale ou liés à l'abus de substances | Services ambulatoires | <u>Quote-part</u> de 10 \$ /visite au cabinet ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas Pas de frais après <u>franchise</u> pour d'autres services ambulatoires | Non couvert | Certains services doivent être <u>préautorisés</u> ; Pour plus de détails, consultez votre livret sur les garanties*. |
| | Services hospitaliers | 2 000 \$/ <u>franchise</u> par admission | Non couvert | Une <u>préautorisation</u> est requise ; Pénalité de 250 \$ si absence de <u>préautorisation hors réseau</u> . |

| Événement médical courant | Services dont vous pourriez avoir besoin | Ce que vous paierez | | Limitations, exceptions et autres informations importantes |
|---|---|--|---|---|
| | | Fournisseur de réseau (Vous paierez le moins) | Fournisseur hors réseau (Vous paierez le plus) | |
| Si vous êtes enceinte | Consultations | Quote-part de 10 \$ (médecin traitant) /80 \$ (spécialiste) /visite ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | La <u>quote-part</u> s'applique à la première visite prénatale (par grossesse). Le <u>partage des coûts</u> ne s'applique pas aux <u>services préventifs</u> . Selon le type de services, une <u>quote-part</u> , une <u>coassurance</u> ou une <u>franchise</u> peuvent s'appliquer. Les soins de maternité peuvent inclure des tests et des services décrits ailleurs dans le SBC (p. ex. l'échographie). Franchise d'admission de 2 000 \$ pour les <u>fournisseurs en réseau</u> . Une <u>préautorisation</u> est requise ; Pénalité de 250 \$ absence de <u>préautorisation hors réseau</u> . |
| | Services professionnels d'accouchement | Aucuns frais après <u>franchise</u> | Non couvert | |
| | Services d'établissements pour l'accouchement | 2 000 \$/ <u>franchise</u> par admission | Non couvert | |
| Si vous avez besoin d'aide pour vous rétablir ou si vous avez d'autres besoins de santé particuliers | <u>Soins de santé à domicile</u> | <u>Quote-part</u> de 80 \$/visite | Non couvert | Limité à 60 visites par année civile. Une <u>préautorisation</u> est requise. |
| | <u>Services de réadaptation</u> | <u>Quote-part</u> de 80 \$/visite au cabinet ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas. Aucun frais après <u>franchise</u> pour les autres services ambulatoires | Non couvert | Limité à 60 visites combinées pour toutes les thérapies par année civile. Comprend l'ergothérapie, l'orthophonie et la physiothérapie. |
| | <u>Services d'habilitation</u> | <u>Quote-part</u> de 80 \$/visite au cabinet ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas. Aucun frais après <u>franchise</u> pour les autres services ambulatoires | Non couvert | |
| | <u>Soins infirmiers spécialisés</u> | <u>Quote-part</u> de 200 \$ /visite | Non couvert | Limité à 90 visites par année civile. Une <u>préautorisation</u> est requise. |
| | <u>Équipement médical durable</u> | <u>Quote-part</u> de 100 \$ /visite ; la <u>franchise</u> ne s'applique pas | Non couvert | Aucune |
| | <u>Soins palliatifs</u> | Aucuns frais après <u>franchise</u> | Non couvert | <u>Une préautorisation</u> est requise. |

* Pour plus d'informations sur les limitations et exceptions, consultez le régime ou le document de politique à www.bcbstx.com.

| Événement médical courant | Services dont vous pourriez avoir besoin | Ce que vous paierez | | Limitations, exceptions et autres informations importantes |
|---|--|--|---|--|
| | | Fournisseur de réseau (Vous paierez le moins) | Fournisseur hors réseau (Vous paierez le plus) | |
| Si votre enfant a besoin de soins dentaires ou oculaires | Examen de la vue des enfants | Quote-part de 10 \$ (médecin traitant) /80 \$ (spécialiste) /visite ; la franchise ne s'applique pas | Non couvert | Limité à 1 examen par année civile. |
| | Lunettes pour enfants | Non couvert | Non couvert | Aucune |
| | Examen dentaire des enfants | Non couvert | Non couvert | Aucune |

Services exclus et autres services couverts :

Services que votre régime ne couvre généralement PAS (Consultez votre police ou le document de votre régime pour plus d'informations et une liste de tous les autres services exclus.)

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| • Chirurgie esthétique | • Soins de longue durée | • Soins de routine des pieds |
| • Soins dentaires (Adulte) | • Soins infirmiers privés | • Programmes de perte de poids |
| • Traitement de l'infertilité (diagnostic de l'infertilité pris en charge) | • Soins non urgents lors d'un voyage en dehors des États-Unis. | |

Autres services couverts (Des limitations peuvent s'appliquer à ces services. Cette liste n'est pas exhaustive. Veuillez consulter le document de votre régime.)

- | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------------|
| • Acupuncture | • Soins chiropratiques (25 visites par année) | • Soins des yeux de routine (Adulte) |
| • Chirurgie bariatrique | • Prothèses auditives (1 par oreille par période de 24 mois) | |

Vos droits de maintenir la couverture : Il existe des organismes qui peuvent vous aider si vous souhaitez maintenir votre couverture après la fin de celle-ci. Les coordonnées de ces agences sont les suivantes : Pour une couverture de santé collective, contactez le régime, Blue Cross and Blue Shield of Texas au 1-800-521-2227 ou visitez www.bcbstx.com. Pour une couverture d'assurance maladie collective soumise à l'ERISA, contactez l'Employee Benefits Security Administration du ministère du Travail des États-Unis au 1-866-444-EBSA (3272) ou www.dol.gov/ebsa/healthreform. Pour les régimes collectifs de santé gouvernementaux non fédéraux, contactez le ministère de la Santé et des Services sociaux, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, au 1-877-267-2323, poste 61565 ou www.cciio.cms.gov. Les régimes d'église ne sont pas couverts par les règles fédérales COBRA relatives à la poursuite de la couverture. Si la couverture est assurée, les personnes doivent contacter l'organisme de réglementation des assurances de leur État au sujet de leurs éventuels droits à la continuation de la couverture en vertu de la loi de l'État. D'autres options de couverture peuvent également être disponibles pour vous, y compris l'achat d'une couverture d'assurance individuelle sur le Marché de l'assurance maladie (Health Insurance Marketplace). Pour en savoir plus sur le Marché visitez www.HealthCare.gov ou composez le 1-800-318-2596.

Vos droits en matière de plaintes et d'appels : Il existe des organismes qui peuvent vous aider si vous avez une plainte contre votre régime pour un refus de remboursement. Cette plainte s'appelle une plainte ou un appel. Pour en savoir plus sur vos droits, consultez l'explication des prestations que vous recevrez pour cette réclamation de règlement médical. Les documents de votre régime fournissent également des renseignements complets pour soumettre une réclamation, un appel ou une plainte pour quelque raison que ce soit à votre régime. Pour plus d'informations sur vos droits, cet avis ou de l'aide, contactez : Pour une couverture de santé collective soumise à l'ERISA : Blue Cross and Blue Shield of Texas au 1-800-521-2227 ou visitez www.bcbstx.com, l'Administration de la sécurité des avantages sociaux des employés du ministère du Travail des États-Unis au 1-866-444-EBSA (3272) ou www.dol.gov/ebsa/healthreform, et le Texas Department of Insurance, Protection des consommateurs au 1-800-252-3439 ou www.tdi.texas.gov. Pour les régimes de santé collectifs gouvernementaux non fédéraux et les régimes d'église qui sont des régimes de santé collectifs, Blue Cross and Blue Shield of Texas au 1-800-521-2227 ou www.bcbstx.com ou contactez le Département des assurances du Texas, Protection des consommateurs au 1-800-252-3439 ou www.tdi.texas.gov. De plus, un programme d'aide aux consommateurs peut vous aider à déposer votre appel. Contactez le programme d'assistance à la santé des consommateurs du Texas Department of Insurance au 1-800-252-3439 ou visitez www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

Ce régime offre-t-il une couverture minimale essentielle ? Oui

La couverture minimale essentielle comprend généralement les régimes, l'assurance maladie disponible sur le Marché ou d'autres polices de marché individuelles, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE et certaines autres couvertures. Si vous êtes admissible à certains types de couverture minimale essentielle, il se peut que vous ne soyez pas admissible au crédit d'impôt pour primes.

Ce régime respecte-t-il les normes de valeur minimale ? Oui

Si votre régime ne respecte pas les normes de valeur minimale, vous pourriez être admissible à un crédit d'impôt sur les primes pour vous aider à payer un régime par l'intermédiaire du Marché.

Services d'accès linguistique :

Espagnol (Español) : Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-521-2227.

Tagalog (Tagalog) : Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-521-2227.

Chinois (中文) : 如果需要中文的帮助,请拨打这个号码 1-800-521-2227.

Navajo (Dine) : Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-521-2227.

Pour voir des exemples de la façon dont ce régime pourrait couvrir les coûts pour situation médicale, consultez la section suivante.



Ceci n'est pas un estimateur de coûts. Les traitements présentés ne sont que des exemples de la façon dont ce régime pourrait couvrir les soins médicaux. Vos coûts réels seront différents en fonction des soins réels que vous recevez, des prix facturés par vos fournisseurs et de nombreux autres facteurs. Concentrez-vous sur les montants de partage des coûts (franchises, quotes-parts et coassurance) et les services exclus du régime. Utilisez ces informations pour comparer la part des coûts que vous pourriez payer selon différents régimes de soins de santé. Veuillez noter que ces exemples de couverture sont basés sur une couverture individuelle uniquement.

Peg va avoir un bébé (9 mois de soins prénataux en réseau et un accouchement à l'hôpital)

| | |
|--|----------|
| ■ Franchise globale du régime | 4,000 \$ |
| ■ <u>Quote-part</u> spécialiste | 80 \$ |
| ■ <u>Quote-part</u> de l'hôpital (établissement) | 500 \$ |
| ■ <u>Autre quote-part</u> | 100 \$ |

Cet EXEMPLE d'évènement comprend des services tels que :

Consultations de spécialiste (soins *prénataux*)
Services professionnels d'accouchement
Services d'accouchement (établissement)
Tests diagnostiques (*échographies et analyses sanguines*)
Consultation d'un spécialiste (*anesthésie*)

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Coût total de l'exemple | 12 700 \$ |
|--------------------------------|------------------|

Dans cet exemple, Peg paierait :

| <u>Partage des coûts</u> | |
|---|-----------------|
| <u>Franchises</u> | 4 000 \$ |
| <u>Quotes-parts</u> | 200 \$ |
| <u>Coassurance</u> | 0 \$ |
| <u>Ce qui n'est pas couvert</u> | |
| Limites ou exclusions | 60 \$ |
| Le total que Peg paierait est de | 4 260 \$ |

Gestion du diabète de type 2 de Joe (une année de soins de routine en réseau d'une condition bien contrôlée)

| | |
|--|----------|
| ■ Franchise globale du régime | 4,000 \$ |
| ■ <u>Quote-part</u> spécialiste | 80 \$ |
| ■ <u>Quote-part</u> de l'hôpital (établissement) | 500 \$ |
| ■ <u>Autre quote-part</u> | 300 \$ |

Cet EXEMPLE d'évènement comprend des services tels que :

Consultations de médecin traitant (y compris l'éducation sur la maladie)
Tests diagnostiques (*analyses sanguines*)
Médicaments sur ordonnance
Équipement médical durable (*glucomètre*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Coût total de l'exemple | 5 600 \$ |
|--------------------------------|-----------------|

Dans cet exemple, Joe paierait :

| <u>Partage des coûts</u> | |
|---|-----------------|
| <u>Franchises</u> | 0 \$ |
| <u>Quotes-parts</u> | 1 500 \$ |
| <u>Coassurance</u> | 0 \$ |
| <u>Ce qui n'est pas couvert</u> | |
| Limites ou exclusions | 20 \$ |
| Le total que Joe paierait est de | 1 520 \$ |

Fracture simple de Mia (visite aux urgences en réseau et soins de suivi)

| | |
|--|----------|
| ■ Franchise globale du régime | 4,000 \$ |
| ■ <u>Quote-part</u> spécialiste | 80 \$ |
| ■ <u>Quote-part</u> de l'hôpital (établissement) | 500 \$ |
| ■ <u>Autre quote-part</u> | 100 \$ |

Cet EXEMPLE d'évènement comprend des services tels que :

Soins aux urgences (y compris les fournitures médicales)
Test diagnostique (*radiographie*)
Équipement médical durable (*béquilles*)
Services de réadaptation (*physiothérapie*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Coût total de l'exemple | 2 800 \$ |
|--------------------------------|-----------------|

Dans cet exemple, Mia paierait :

| <u>Partage des coûts</u> | |
|---|-----------------|
| <u>Franchises</u> | 1 400 \$ |
| <u>Quotes-parts</u> | 1 200 \$ |
| <u>Coassurance</u> | 0 \$ |
| <u>Ce qui n'est pas couvert</u> | |
| Limites ou exclusions | 0 \$ |
| Le total que Mia paierait est de | 2 600 \$ |

Avis de non-discrimination

La couverture des soins de santé est importante pour tout le monde

Nous ne faisons aucune discrimination sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale (y compris une connaissance limitée de l'anglais et la langue maternelle), de l'âge, du handicap ou du sexe (tel qu'il est compris dans la réglementation applicable). Nous fournissons aux personnes handicapées des modifications raisonnables et des aides à la communication gratuites pour leur permettre une communication efficace avec nous. Nous offrons également des services d'assistance linguistique gratuits aux personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais.

Pour recevoir gratuitement des modifications raisonnables, des aides à la communication ou une assistance linguistique, veuillez nous appeler au 855-710-6984.

Si vous estimez que nous n'avons pas fourni un service ou que nous avons fait preuve de discrimination d'une autre manière, vous pouvez déposer une plainte auprès de :

Bureau du coordinateur des droits civils
À l'attention de :
Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Téléphone : 855-664-7270 (messagerie vocale)

ATS : 855-661-6965

Télécopieur : 855-661-6960

Courriel : civilrightscoordinator@bcbsil.com

Vous pouvez déposer une plainte par la poste, par télécopieur ou par courriel. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte, veuillez composer le numéro de téléphone sans frais indiqué au dos de votre carte d'assurance (ATS : 711).

Vous pouvez déposer une plainte pour violation des droits civils auprès du ministère américain de la Santé et des Services sociaux, Office for Civil Rights, à l'adresse suivante :

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Téléphone : 800-368-1019

ATS : 800-537-7697

Portail des plaintes :

ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf Formulaire de plainte :
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Cet avis est disponible sur notre site Web à l'adresse bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

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 855-710-6984 (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 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor. |
| 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 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة. |

bcbstx.com

TX1557_ENG_20250410



| | |
|---------------------|--|
| 中文 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 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。 |
| 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 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. |
| Deutsch German | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider. |
| ગુજરાતી Gujarati | ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષા કીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો. |
| हिन्दी 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। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें। |
| 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'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore. |
| 한국어 Korean | 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. |
| Diné Navajo | SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hólq. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hólq. Kohjíl' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih. |
| Farsi فارسی | توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید. |
| 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 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą. |
| РУССКИЙ Russian | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. |
| Tagalog Tagalog | PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. |
| Urdu اردو | توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ |
| 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 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. |