

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

EmblemHealth: EmblemHealth Silver Value-P
Cobertura de: Individuo/Familia

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 costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (llamado la **prima**) será proporcionada por separado. **Éste es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura o para una copia completa de los términos de la cobertura, llame al 1-800-447-8255. Para obtener definiciones generales de los términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario en www.emblemhealth.com o llame al 1-800-447-8255 y pida una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|---|--|
| ¿Qué es el deducible general? | \$6,300 Individual / \$12,600 Familiar proveedores dentro de la red. No se aplica a la atención preventiva. | Generalmente usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducibles pagada por todos los familiares satisfaga el deducible total de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible ? | Sí. Se cubren visitas al consultorio para atención primaria, servicios preventivos, cuidado prenatal, telemedicina, acupuntura y medicamentos genéricos antes que satisfaga su deducible. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha satisfecho la cantidad del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted satisfaga 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 no tiene que satisfacer deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para los proveedores dentro de la red \$6,300 Individual / \$12,600 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 familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que la cantidad total de gastos de deducibles pagada por todos los familiares satisfaga los límites de gastos de bolsillo total de la familia. |
| ¿Cuáles gastos no se incluyen en el límite de bolsillo ? | Primas, multas, cargos por saldos de facturación y servicios médicos que este plan no cubre. | Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo . |
| ¿Usted pagará menos si usa proveedores de la red ? | Sí. Visite www.EmblemHealth.com o llame al 1-800-447-8255 para obtener una lista de los proveedores de la red. | Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Usted pagará la mayor cantidad si usa proveedores fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Averigüe con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesito un referido para ver un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que elija sin un referido . |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguro](#) indicados en este cuadro son después de que haya satisfecho su [deducible](#), si uno corresponde.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | *Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|---|--|
| | | <u>Proveedores participantes</u> (Usted pagará menos) | <u>Proveedores no participantes</u> (Usted pagará más) | |
| Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Primeras 3 visitas, Sin cargo. De allí en adelante, \$10 de copago por visita no sujeta al deducible | No cubierto | La visita de atención primaria no está sujeta al deducible del Plan. |
| | Visita al especialista | \$55 de copago por visita no sujeta al deducible | No cubierto | La visita al especialista no está sujeta al deducible del Plan. |
| | Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas | Sin cargo | No cubierto | Usted puede tener que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que se necesitan son preventivos. Después averigüe lo que su plan pagará. |
| Si tiene que hacerse un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Laboratorio: \$10/\$55 de copago por visita no sujeta al deducible Radiografías: Después que se satisfaga el deducible, Sin cargo | No cubierto | Se requiere aprobación previa para pruebas diagnósticas ambulatorias y procedimientos de laboratorio. Si no se obtiene la aprobación previa o la derivación, se rechazará el pago o se reducirá el pago. |
| | Imágenes (CT/PET scan, MRI) | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Se requiere autorización previa. Si no obtiene un referido se le negará el pago o se le pagará un importe menor. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | *Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | <u>Proveedores participantes</u> (Usted pagará menos) | <u>Proveedores no participantes</u> (Usted pagará más) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.EmblemHealth.com . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Minorista: \$0 de copago/ suministro de 30 días no sujeta al deducible Pedido por correo: \$0 de copago/suministro de 90 días no sujeta al deducible | No cubierto | Medicamentos genéricos (Nivel 1) no sujeta al deducible del Plan. Si tiene una afección de emergencia, no se requiere autorización previa para un medicamento de receta cubierto usado para tratar un trastorno del abuso de sustancias, incluido un medicamento de receta para manejar los síntomas de abstinencia y/o la estabilización de opioides y para la inversión de sobredosis de opioides. Se aplican cargos adicionales, según su Contrato de miembro. Su costo 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 CVS. |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Minorista: \$0 de copago/ suministro de 30 días Pedido por correo: \$0 de copago/suministro de 90 días | No cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Minorista: \$0 de copago/ suministro de 30 días Pedido por correo: \$0 de copago/suministro de 90 días | No cubierto | |
| | Medicamentos especiales | Nivel 1: \$0 de copago/ suministro de 30 días Después que se satisfaga el deducible del Plan, Nivel 2 & Nivel 3: \$0 de copago/ suministro de 30 días | No cubierto | Debe despacharse en una farmacia especial. Se requiere referido por escrito. |

* Para más información sobre las limitaciones y exclusiones vea el plan o el documento del plan en www.emblemhealth.com.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | *Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|
| | | <u>Proveedores participantes</u> (Usted pagará menos) | <u>Proveedores no participantes</u> (Usted pagará más) | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (por ej., centro de cirugía ambulatorio) | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |
| | Tarifa del médico/cirujano | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |
| Si necesita atención inmediata | Servicios de la sala de emergencias | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | Eximido si se admite. |
| | Traslado médico de emergencia | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | -----Ninguna----- |
| | Cuidado urgente | \$75 de copago por visita no sujeta al deducible | No cubierto | Cuidado urgente no sujeta al deducible del Plan. Solamente dentro de la red. |
| Si lo admiten al hospital | Arancel del hospital (habitación) | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. Sin embargo, no se requiere la aprobación previa para las internaciones de emergencia. |
| | Tarifa del médico/cirujano | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | *Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|---|
| | | <u>Proveedores participantes</u> (Usted pagará menos) | <u>Proveedores no participantes</u> (Usted pagará más) | |
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | \$10 de copago por visita no sujeta al deducible | No cubierto | Visitas ilimitadas. Para el cuidado de abuso de sustancias, se pueden usar hasta veinte (20) visitas por año del plan para consejería familiar. |
| | Servicios de pacientes internados | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. Sin embargo, no se requiere la aprobación previa para las internaciones de emergencia. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | No cubierto | La atención prenatal no proporcionada de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por USPSTF y HRSA usará el costo compartido para el servicio apropiado. |
| | Cuidados prenatales y post parto | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | La atención de maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). Dependiendo del tipo de servicio, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. |
| | Parto y todos los servicios de internación | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Limitado a 48 horas para parto natural y a 96 horas para parto por Cesárea. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | *Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|---|
| | | <u>Proveedores participantes</u> (Usted pagará menos) | <u>Proveedores no participantes</u> (Usted pagará más) | |
| Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales | Cuidado de la salud en el hogar | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | 40 visitas por año del plan. Las infusiones en el hogar cuentan para los límites de visitas del cuidado de la salud en el hogar. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |
| | Servicios de rehabilitación | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Paciente Internado: 60 días por año del plan, terapias combinadas. Paciente Ambulatorio: 60 visitas combinadas por condición por año del plan, terapias combinadas. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | La terapia del habla y la fisioterapia solo están cubiertas después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | *Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | <u>Proveedores participantes</u> (Usted pagará menos) | <u>Proveedores no participantes</u> (Usted pagará más) | |
| Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales (continuación) | Cuidado de enfermería especializado | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Limitada a 200 días por año del plan. Se requiere la autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |
| | Equipo médico duradero | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Un (1) dispositivo protésico externo por extremidad por vida. No cubre ortóticos. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |
| | Cuidado de hospicio | Después que se satisfaga el deducible del Plan, Sin cargo | No cubierto | Limitada a 210 días por año del plan. Cinco (5) visitas para consejería de luto familiar. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para los niños | Sin cargo | No cubierto | Examen de la vista para los niños no sujeto a los deducibles del Plan. Un (1) examen por periodo de 12 meses. |
| | Anteojos para los niños | 30% de coseguro no sujeta al deducible | No cubierto | Anteojos para los niños no sujetos a los deducibles del Plan. Un (1) par de lentes graduados y armaduras por periodo de 12 meses. |
| | Consulta dental para los niños | \$10 de copago por visita no sujeta al deducible | No cubierto | Consulta dental para los niños no sujeta al deducible. Un (1) examen dental y limpieza por periodo de seis meses. Radiografía completa de la boca o radiografía panorámica a intervalos de 36 meses y radiografías de la aleta de mordedura a intervalos de 6 meses. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan generalmente NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan y póliza para otros servicios excluidos.)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de largo plazo• La mayoría de la cobertura proporcionada fuera de Estados Unidos. Visite www.emblemhealth.com• Atención no de emergencia al viajar fuera de EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Enfermera privada• Cuidado de rutina de los ojos• Cuidado de rutina de los pies• Programas para bajar de peso |
|---|---|--|

Otros servicios cubiertos. (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor vea el documento de su plan.)

- Acupuntura
- Cuidado quiropráctico
- Cuidado dental

Su derecho para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si usted desea continuar su cobertura después que termine.

La información de contacto para 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 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 EE.UU. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Usted puede tener otras opciones disponibles incluyendo la compra de cobertura de seguro individual o SHOP a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 o al Mercado NY State of Health al 1-855-355-5777 o www.nystateofhealth.ny.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra su plan debido a un rechazo de una reclamación. Esta queja se llama agravio o apelación. Para más información sobre su derecho, vea la explicación de beneficios que usted recibirá para esa reclamación médica. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar a su plan una reclamación, apelación o agravio por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o ayuda, comuníquese con:

EmblemHealth**Por teléfono:**

Por favor llame al número indicado 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 cobertura HMO**Departamento de Salud del Estado de Nueva York**

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
Email: 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**New York State Consumer Assistance Program**

Por teléfono: 1-888-614-5400

Por escrito:

Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017
Email: cha@cssny.org
Sitio Web: www.communityhealthadvocates.org

Para cobertura de grupo:**U.S. Department of Labor**

Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272)

Sitio Web: www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura? Sí

Si usted no tiene [Cobertura Esencial Mínima](#) para un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, salvo que califique para una exención del requisito de que usted tenga cobertura de salud para ese mes.

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no satisface el [Estándar de Valor Mínimo](#) usted puede ser elegible para un [crédito de impuestos de prima](#) para ayudar a pagar por un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-624-2414

—————[Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.](#)—————



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos indicados solo son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) así como los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pudiera pagar bajo diferentes [planes](#) médicos. 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 hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,300
- [Especialista](#) (costo compartido) \$55
- Hospital (centro) [costo compartido](#) \$0
- Otros [costos compartidos](#) \$60

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas a consultorios de [especialistas](#) (atención prenatal)
 Alumbramiento/Servicios Profesionales del Parto
 Servicios de Centro de Alumbramiento/Parto
 Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre) Visita de [especialista](#) (anestesia)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del Ejemplo | \$12,800 |
|--------------------------------|-----------------|

En el ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos Compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$5,365 |
| Copagos | \$935 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$6,360 |

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](#) \$6,300
- [Especialista](#) (costo compartido) \$55
- Hospital (centro) [costo compartido](#) \$0
- Otros [costos compartidos](#) \$55

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye educación sobre enfermedades)
 Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipos médicos duraderos](#) (medidor de glucosa)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del Ejemplo | \$7,400 |
|--------------------------------|----------------|

En el ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos Compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$5,230 |
| Copagos | \$1,070 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$55 |
| El total que Joe pagaría es | \$6,355 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,300
- [Especialista](#) (costo compartido) \$55
- Hospital (centro) [costo compartido](#) \$0
- Otros [costos compartidos](#) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

[Atención en sala de emergencia](#) (incluyendo suministros médicos)
 Exámenes de diagnóstico (radiografías)
[Equipos médicos duraderos](#) (muletas)
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del Ejemplo | \$1,900 |
|--------------------------------|----------------|

En el ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos Compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,632 |
| Copagos | \$165 |
| Coseguro | |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | |
| El total que Mia pagaría es | \$1,797 |



GETTING HELP IN A LANGUAGE OTHER THAN ENGLISH

Getting Help in a Language Other than English

ATTENTION: This is an important document. If you need help to understand it, please call the telephone number marked “customer service” on the back of your member ID card [TTY/TDD: 711]. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al número telefónico marcado “customer service” que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro [TTY/TDD: 711]. Le podemos proporcionar un intérprete que habla su idioma sin ningún costo.

中文 (Traditional Chinese)

注意：這是重要的文件。如果您需要協助來瞭解文件內容，請致電您會員卡背面標記為“customer service”的電話號碼[TTY/TDD：711]。我們可以為您免費提供您所使用語言的翻譯人員。

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Это важный документ. Если у Вас возникли трудности с пониманием этого документа и Вам необходима помощь, позвоните по телефону отдела обслуживания клиентов (customer service), указанному на обратной стороне Вашей идентификационной карточки [служба текстового телефона (TTY/TDD): 711]. Мы можем бесплатно предоставить Вам переводчика, который говорит на Вашем языке.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Sa a se yon dokiman ki enpòtan. Si ou bezwen èd pou konprann li, tanpri rele nimewo ki make “customer service” nan do kat ID manm ou [TTY/TDD: 711]. Nou kapab ba ou yon entèprèt gratis nan lang ou pale a.

한국어 (Korean)

주의: 이것은 중요한 문서입니다. 이 문서를 이해하는 데 도움이 필요하시면 회원 ID 카드의 뒷면에 “customer service” 라고 표시된 전화번호 [TTY/TDD: 711]로 연락해 주십시오. 저희는 귀하가 사용하는 언어에 대해 무료 통역사를 제공할 수 있습니다.

Italiano (Italian)

ATTENZIONE. Questo è un documento importante. Per qualsiasi chiarimento telefoni all “customer service” al numero stampato sul retro della Sua tessera (per i non udenti: 711). Possiamo mettere a disposizione gratis un interprete nella Sua lingua.

אידיש (Yiddish)

מעלדונג: דאס איז א וויכטיגע דאקומענט. אויב איר דארפט הילף עס צו פארשטיין, ביטע רופט דעם טעלעפון נומבער גערופן “customer service” אויף אייער קארטל [TTY/TDD: 711]. מיר קענען אייך געבן אן איבערזעצער פריי אין די שפראך וואס איר רעדט.

বাংলা (Bengali)

দৃষ্টি আকর্ষণ করছি: এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ নথি। এটি বুঝতে আপনার যদি সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার মেম্বার আইডি কার্ডের উল্টোপাঠে "customer service" চিহ্নিত টেলিফোন নম্বরে [TTY/TDD: 711] কল করুন। আপনি যে ভাষায় কথা বলেন সে-ভাষার জন্য বিনামূল্যে আমরা আপনাকে একজন দোভাষী দিতে পারি।

Polski (Polish)

UWAGA: To jest ważny dokument. Jeżeli potrzebujesz pomocy w celu zrozumienia jego treści, zadzwoń do „customer service” pod numer telefonu podany na odwrocie karty identyfikacyjnej ubezpieczonego (member ID card) [TTY/TDD: 711]. Możemy bezpłatnie zapewnić usługi tłumacza języka, którym się posługujesz.

العربية (ARABIC)

انتباه: هذه وثيقة مهمة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم محتواها، يُرجى الاتصال بالرقم المشار إليه بـ "customer service" على ظهر بطاقة عضويتك [711:TTY/TDD]. يُمكننا توفير مترجم فوري لك باللغة التي تتحدثها مجاناً.

Français (French)

ATTENTION : ce document est important. Si vous avez besoin d'aide pour en comprendre le contenu, veuillez composer le numéro «customer service» au dos de votre carte de membre [Sourds et malentendants : 711]. Nous pouvons mettre gratuitement à votre disposition un interprète dans votre langue.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: یہ ایک اہم دستاویز ہے۔ اگر آپ کو اسے سمجھنے کے لیے مدد کی ضرورت ہے تو براہ کرم "customer service" والے نمبر پر کال کریں جو آپ کے ممبر ائی ڈی کارڈ کی پشت پر درج ہے [ٹی ٹی وائی/ٹی ڈی ڈی: 711]۔ آپ جو زبان بولتے ہیں اس میں ہم آپ کو مفت مترجم فراہم کر سکتے ہیں۔

Tagalog (Tagalog)

NANAWAGAN NG PANSIN: Ito ay isang mahalagang dokumento. Kung kailangan mo ng tulong para maintindihan ito, pakitawagan ang numero ng telepono na minarkahang "customer service" sa likod ng inyong ID card ng miyembro [TTY/TDD: 711]. Maaari ka naming bigyan ng libreng interpreter sa wikang iyong sinasalita.

Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αυτό το έγγραφο είναι σημαντικό. Εάν χρειάζεστε βοήθεια για να το κατανοήσετε, καλέστε μας στον αριθμό που σημειώνεται ως «customer service» στο πίσω μέρος της κάρτας της συνδρομής σας [αριθμός για άτομα με προβλήματα ακοής (TTY/TDD): 711]. Μπορούμε να σας προσφέρουμε δωρεάν διερμηνεία στη μητρική σας γλώσσα.

Shqip (Albanian)

VINI RE: Ky është një dokument i rëndësishëm. Nëse ju nevojitet ndihmë për ta kuptuar, ju lutemi telefononi në numrin ku shkruhet "customer service", i cili gjendet në anën e pasme të kartës tuaj identifikuese të anëtarësisë [Shërbimi rele TTY/TDD: 711]. Ne mund t'ju ofrojmë pa pagesë një përkthyes në gjuhën që flisni ju.

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 lenguaje por señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, 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, por favor llame al número de teléfono indicado como "servicio al cliente" en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro. **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, usted puede presentar una queja al Departamento de Quejas y Apelaciones de EmblemHealth, PO Box 2844, New York, NY 10116, o puede llamar al número de teléfono indicado como "servicio al cliente" en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro. (Marque 711 para servicios de TTY/TDD.) Usted puede presentar una queja en persona, por correo o por teléfono. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Quejas y Apelaciones de EmblemHealth está disponible para ayudarle. Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento Federal de Servicios de Salud y Humanos, Oficina de Derechos Civiles, por Internet a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o por correo o teléfono al **Departamento Federal de Servicios de Salud y Humanos, (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**.