



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, <http://www.bcbsil.com/member/policy-forms/2022> o llamando 1-800-541-2768. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar a 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Individual: Participante \$2,500 No participante \$5,000 Familiar: Participante \$7,500 No participante \$15,000	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia incluidos en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos por <u>deducible</u> que paguen todos los miembros alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	No se aplica a determinados cuidados preventivos. Los <u>copagos</u> no cuentan para el <u>deducible</u> total.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Sí. Individual: Participante \$4,500 No participante \$9,000 Familiar: Participante \$10,200 No participante \$20,400 Límite de gastos para medicamentos recetados: \$1,000 Individual \$3,000 Familiar	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia incluidos en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus límites de gastos propios individuales hasta alcanzar el límite familiar total de gastos propios.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, cargos facturados a saldo y atención de la salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte www.bcbsil.com o llame al 1-800-541-2768 para obtener un listado de los proveedores participantes.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No. No necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> .	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 de <u>copago</u> /visita	40% de <u>coseguro</u>	No se brindarán beneficios para servicios que no sean considerados médicamente necesarios según el criterio razonable de Blue Cross and Blue Shield.
	Visita al <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> /visita	40% de <u>coseguro</u>	ninguna
	<u>Atención preventiva/examen colectivo</u> /vacuna	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte a su <u>proveedor</u> para saber si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique qué cubrirá su <u>plan</u> . Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte a su <u>Proveedor</u> para saber si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique qué cubrirá su <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	\$30 PCP/ \$50 SPC de <u>copago</u> /visita	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que se requiere <u>autorización previa</u> ; revise su folleto de beneficios* para más detalles. ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o las políticas en <http://www.bcbsil.com/member/policy-forms/2022>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en español. bcbsil.com/member/prescription-drug-plan-information/drug-lists	Medicamentos genéricos	\$10/\$15 de <u>copago</u> /medicamento recetado	\$10 de <u>copago</u> /medicamento recetado	Limitado a un suministro de 30 días en farmacias (o un suministro de 90 días en farmacias seleccionadas de la <u>red</u>). Un suministro de hasta 90 días para los envíos por correo. Se cubre un suministro de hasta 30 días de <u>medicamentos especializados</u> . También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y uno genérico si este último está disponible. Todas las recetas fuera de la red están sujetas a un cargo adicional del 50% después del <u>copago/coseguro</u> aplicable. No se aplicará ningún cargo adicional a ningún <u>deducible</u> o importe de bolsillo. Es posible que sea elegible para sincronizar sus resurtidos de recetas, sírvase leer su folleto de beneficios* para más detalles. El monto que usted puede pagar por suministros para 30 días de un medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o tipo, no debe ser superior a \$100, cuando se obtiene de una Farmacia Participante o Participante Preferido.
	Medicamentos de marca preferidos	\$40/\$50 de <u>copago</u> /medicamento recetado	\$40 de <u>copago</u> /medicamento recetado	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60/\$70 de <u>copago</u> /medicamento recetado	\$60 de <u>copago</u> /medicamento recetado	
	Medicamentos especializados	Cubierto	Cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/ cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Para una terapia de infusión ambulatoria, revise su folleto de beneficios* para más detalles. ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$150 de <u>copago</u> /visita	\$150 de <u>copago</u> /visita	Se elimina el <u>copago</u> si es hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Es posible que se requiere <u>autorización previa</u> para transporte no urgente; revise su folleto de beneficios* para más detalles. ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	ninguna

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o las políticas en <http://www.bcbsil.com/member/policy-forms/2022>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	\$300 de <u>copago</u> /visita más 40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . ninguna
	Honorarios del médico/ cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Penalidad de <u>autorización previa</u> : \$1,000 o 50% del cargo elegible. Consulte su folleto de beneficios* para más detalles. ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$30 de <u>copago</u> /visita o 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que se requiere <u>autorización previa</u> ; revise su folleto de beneficios* para más detalles. Se requiere <u>autorización previa</u> para pruebas psicológicas; pruebas neuropsicológicas; terapia electroconvulsiva; estimulación magnética transcraneal repetitiva y tratamiento ambulatorio intensivo.
	Servicios internos	20% de <u>coseguro</u>	\$300 de <u>copago</u> /visita más 40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 de <u>copago</u>	40% de <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> se aplica para la primera visita prenatal por embarazo. Su <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . Pueden aplicarse <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> , según el tipo de servicio que reciba. Es posible que la atención materna incluya pruebas y servicios que se encuentren descritos en otra parte del SBS (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <u>coseguro</u>	\$300 de <u>copago</u> /visita más 40% de <u>coseguro</u>	

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o las políticas en <http://www.bcbsil.com/member/policy-forms/2022>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiere <u>autorización previa</u> . ninguna
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro	\$300 de copago/visita más 40% de coseguro	
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiere <u>autorización previa</u> . Los beneficios se limitan a los artículos utilizados con fines médicos. Estos beneficios se brindan para la compra y el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiere <u>autorización previa</u> . ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Atención dental (Adulto)
- Cirugía cosmética
- Cuidado de largo plazo
- Cuidado de rutina de los ojos (Adulto)
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica
- Audífonos (para niños, 1 por oído cada 24 meses; para adultos, hasta \$2,500 por oído cada 24 meses)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de rutina de los pies (Solo en relación con la diabetes)
- Servicio de enfermería privado
- Tratamiento de infertilidad (4 por período de beneficios)

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en el 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.cuidaddesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-541-2768 o visite espanol.bcbsil.com, o contactar a la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comunicarse con el Departamento de Seguros de Illinois al (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye planes, seguros médicos que se pueden adquirir en el Mercado, otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para el crédito fiscal para primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Language Access Services:

Spanish (Español): Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-541-2768.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-541-2768.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-541-2768.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-541-2768.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$2,500
■ <u>Especialista</u> copago	\$50
■ Hospital (instalacion) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista (*atención prenatal*)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$400
Coseguro	\$1,600
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$2,500
■ <u>Especialista</u> copago	\$50
■ Hospital (instalacion) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría sería	\$1,920

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$2,500
■ <u>Especialista</u> copago	\$50
■ Hospital (instalacion) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría sería	\$2,000

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost.
To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل بلع الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદ્દમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपके अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éi doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bina'ídiłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i' hodiłlnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.



BlueCross BlueShield of Illinois

Health care coverage is important for everyone.

We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance. We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age, sexual orientation, health status or disability.

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Phone: 855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Email: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Phone: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Complaint Forms: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>