



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Bronze	Blue Preferred Bronze PPO SM
	206²
Deducible individual³	\$6,000
Coaseguro	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)³	\$9,200
Consultas presenciales de atención primaria	40%
Consultas presenciales con especialistas	50%
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	50%
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Centros de atención médica inmediata	50%
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas⁴	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes⁴	50%
Pacientes ambulatorios: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)⁴	50%
Red	Blue Preferred PPO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)⁵	No.
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales⁶	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50% ⁷
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales⁶	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50% ⁷
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁸	<p>Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.</p> <p>El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.</p> <p>Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.</p> <p>Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.</p>

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.
 2 Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.
 3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.
 4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.
 5 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho

fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Usted debe procurar los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico específicos pudieran tener en sus declaraciones tributarias.
 6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. No hay acuerdos sobre precios preferenciales con farmacias a través de coberturas con gastos compartidos al 100%.
 7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales
 8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Bronce	Blue Advantage Bronze PPO SM		
	202	203	Standard
Deducible individual ²	\$6,000	\$4,500	\$7,500
Coaseguro	50%	40%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ²	\$9,200	\$7,500	\$9,200
Consultas presenciales de atención primaria	copago de \$50	40%	copago de \$50
Consultas presenciales con especialistas	50%	40%	copago de \$100
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	50%	40%	copago de \$50
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	50%
Centros de atención médica inmediata	50%	40%	copago de \$75
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	50%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas ³	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	50%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ³	50%	40%	50%
Pacientes ambulatorios: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ³	50%	40%	50%
Red	Blue Advantage PPO SM	Blue Advantage PPO SM	Blue Advantage PPO SM
Elegibilidad para Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) ⁴	No	Sí	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales ⁵	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$25 / \$50 / \$100 / \$500 ⁷
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales ⁵	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$25 / \$50 / \$100 / \$500 ⁷
<p>Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.</p> <p>El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.</p> <p>Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.</p> <p>Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.</p>			

Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁸

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Deducibles no aplicables a servicios por los que solo se requiere copago.

3 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

4 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Usted debe procurar los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico

5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. No hay acuerdos sobre precios preferenciales con farmacias a través de coberturas con gastos compartidos al 100%.

6 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

7 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Bronce	MyBlue Bronze HMO ^{SM 2}			
	706 ³	902	904	Standard
Deducible individual ⁴	\$7,400	\$9,200	\$4,500	\$7,500
Coaseguro	50%	0%	40%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ⁴	\$9,200	\$9,200	\$9,200	\$9,200
Consultas presenciales de atención primaria	copago de \$95	0%	copago de \$50	copago de \$50
Consultas presenciales con especialistas	50%	0%	40%	copago de \$100
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	40%	0%	40%	copago de \$50
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	0%	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	50%
Centros de atención médica inmediata	copago de \$145	0%	40%	copago de \$75
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	0%	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	50%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas ⁵	deducible de \$600 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	0%	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	50%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁵	50%	0%	40%	50%
Pacientes ambulatorios: Imágenes (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ⁵	50%	0%	40%	50%
Red	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales ⁶	\$10 / \$20 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁷	0%	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50% ⁷	\$25/ \$50 / \$100 / \$500 ⁸
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales ⁶	\$15 / \$30 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁷	0%	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50% ⁷	\$25/ \$50 / \$100 / \$500 ⁸
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁹	<p>Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.</p> <p>El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.</p> <p>Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.</p> <p>Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.</p>			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios y servicios en la tabla indican responsabilidad del asegurado.

2 Las coberturas MyBlue HMOSM no están disponibles en las regiones tarifarias 1 y 2 (condados de Comanche, Le Flore y Sequoyah).

3 Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

6 La cobertura de los beneficios para medicamentos con receta comienza después de que haya alcanzado el deducible anual en gastos médicos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por

un copago posiblemente más bajo. No hay acuerdos sobre precios preferenciales con farmacias a través de coberturas con gastos compartidos al 100%.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Plata	Blue Preferred Silver PPO SM	
	306 ²	701
Deducible individual ³	\$1,000	\$5,000
Coaseguro	50%	40%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ³	\$9,200	\$8,000
Consultas presenciales de atención primaria	40%	copago de \$40
Consultas presenciales con especialistas	50%	copago de \$80
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	40%	copago de \$40
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%
Centros de atención médica inmediata	50%	copago de \$60
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas ⁴	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁴	50%	40%
Pacientes ambulatorios: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ⁴	50%	40%
Red	Blue Preferred PPO SM	Blue Preferred PPO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	no
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales ⁵	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$20 / \$40 / \$80 / \$350 ⁷
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales ⁵	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$20 / \$40 / \$80 / \$350 ⁷

Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁸

Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.

El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.

Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, el médico necesitaría autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.

Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace[®]) en Oklahoma.

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo.

6 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

7 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Plata	Blue Advantage Silver PPO SM			
	204	306 ²	501	Standard
Deducible individual³	\$1,000	\$1,000	\$4,300	\$5,000
Coaseguro	50%	50%	50%	40%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)³	\$9,200	\$8,200	\$9,200	\$8,000
Consultas presenciales de atención primaria	copago de \$35	copago de \$30	copago de \$5	copago de \$40
Consultas presenciales con especialistas	50%	50%	copago de \$80	copago de \$80
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	50%	50%	copago de \$5	copago de \$40
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%
Centros de atención médica inmediata	50%	50%	copago de \$10	copago de \$60
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas⁴	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes⁴	50%	50%	50%	40%
Pacientes ambulatorios: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)⁴	50%	50%	50%	40%
Red	Blue Advantage PPO SM	Blue Advantage PPO SM	Blue Advantage PPO SM	Blue Advantage PPO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	no
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales⁵	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$0 / \$15 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$20 / \$40 / \$80 / \$350 ⁷
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales⁵	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$15 / \$25 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$20 / \$40 / \$80 / \$350 ⁷
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁸	<p>Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.</p> <p>El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.</p> <p>Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, el médico necesitaría autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.</p> <p>Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.</p>			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo.

6 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

7 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Plata	MyBlue Silver HMO ^{SM 2}			
	705	803	903 ³	Standard
Deducible individual ⁴	\$3,100	\$3,200	\$5,500	\$5,000
Coaseguro	40%	40%	40%	40%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ⁴	\$9,200	\$9,200	\$6,050	\$8,000
Consultas presenciales de atención primaria	copago de \$0	Copago de \$25	copago de \$0	copago de \$40
Consultas presenciales con especialistas	40%	copago de \$75	40%	copago de \$80
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	\$0	Copago de \$25	40%	copago de \$40
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	40%	40%
Centros de atención médica inmediata	copago de \$40	copago de \$60	copago de \$0	copago de \$60
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	40%	deducible de \$250 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	40%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas ⁵	deducible de \$600 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	40%	deducible de \$200 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	40%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁵	40%	40%	40%	40%
Pacientes ambulatorios: Imágenes (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ⁵	40%	40%	40%	40%
Red	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales ⁶	\$5 / \$15 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁷	0% / 10% / 20% / 30% / 40% / 50% ⁷	\$0 / \$15 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁷	\$20 / \$40 / \$80 / \$350 ⁸
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales ⁶	\$10 / \$25 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁷	0% / 10% / 20% / 30% / 40% / 50% ⁷	\$10 / \$25 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁷	\$20 / \$40 / \$80 / \$350 ⁸
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁹	<p>Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.</p> <p>El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.</p> <p>Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, el médico necesitaría autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.</p> <p>Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.</p>			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Las coberturas MyBlue HMOSM no están disponibles en las regiones tarifarias 1 y 2 (condados de Comanche, Le Flore y Sequoyah).

3 Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las

farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Oro	MyBlue Gold HMO SM 2		
	704	804	Standard
Deducible individual ³	\$1,000	\$750	\$1,500
Coaseguro	30%	30%	25%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ³	\$7,000	\$9,200	\$7,800
Consultas presenciales de atención primaria	copago de \$10	\$0	copago de \$30
Consultas presenciales con especialistas	30%	30%	copago de \$60
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	30%	30%	copago de \$30
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%
Centros de atención médica inmediata	copago de \$30	30%	copago de \$45
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	30%	25%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas ⁴	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁴	30%	30%	25%
Pacientes ambulatorios: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ⁴	30%	30%	25%
Red	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM	MyBlue HMO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales ⁵	\$5 / \$15 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$0 / \$5 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁷
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales ⁵	\$10 / \$25 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$5 / \$10 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁷

Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁸

Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.

El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.

Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.

Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios y servicios en la tabla indican responsabilidad del asegurado.
 2 Las coberturas MyBlue HMOSM no están disponibles en las regiones tarifarias 1 y 2 (condados de Comanche, Le Flore y Sequoyah).
 3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.
 4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.
 5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos. Las farmacias de la Red de

farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un copago posiblemente más bajo.
 6 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales
 7 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.
 8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbsok.com.

Oro	Blue Preferred Gold PPO SM		Blue Advantage Gold PPO SM		
	205 ²	Standard	309	604	Standard
Deducible individual ³	\$700	\$1,500	\$1,000	\$1,100	\$1,500
Coaseguro	40%	25%	25%	30%	25%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ³	\$7,500	\$7,800	\$8,000	\$7,850	\$7,800
Consultas presenciales de atención primaria	copago de \$40	copago de \$30	copago de \$25	copago de \$0	copago de \$30
Consultas presenciales con especialistas	40%	copago de \$60	25%	30%	copago de \$60
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	40%	copago de \$30	25%	30%	copago de \$30
Sala de emergencias (ER)	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 35%	25%	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 25%	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%
Atención médica inmediata	copago de \$90	copago de \$45	copago de \$40	30%	copago de \$45
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	25%	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 25%	deducible de \$400 por incidente; luego, el asegurado paga el 30%	25%
Pacientes ambulatorios: Operaciones quirúrgicas ⁴	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	25%	25%	30%	25%
Pacientes ambulatorios: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁴	40%	25%	25%	30%	25%
Pacientes ambulatorios: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ⁴	40%	25%	25%	30%	25%
Red	Blue Preferred PPO SM	Blue Preferred PPO SM	Blue Advantage PPO SM	Blue Advantage PPO SM	Blue Advantage PPO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias preferenciales ⁵	\$0 / \$10 / 20% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁷	\$5 / \$10 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$0 / \$5 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁶	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁷
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: farmacias no preferenciales ⁵	\$10 / \$20 / 25% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁷	\$10 / \$20 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$10 / \$20 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁶	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁷

Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura.

El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.

Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSOK, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.

Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.

Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados⁸

- Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.
- Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace[®]) en Oklahoma.
- Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.
- Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.
- La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido

- posiblemente más bajo.
- Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales
- Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su Resumen de beneficios y cobertura.
- Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, el Coordinador de Derechos Civiles está a sus órdenes.

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	
Washington, DC 20201	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf	
	Formularios para presentar quejas:	
	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html	

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en español bcbsok.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.



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 ભાષાકીય 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.
हिंदी 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: [한국어]를 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 yáníłt'ígogo, 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 dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hólq. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
Farsi فارسي	توجه: اگر [وارد کردن زبان] 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.
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.