

DENTAL BLUE[®] PEDIATRIC + ADULT 2

DESBLOQUEA EL PODER DE TU PLAN

MyBlue te brinda una imagen instantánea de tu plan:



COBERTURA Y
BENEFICIOS



RECLAMOS Y
SALDO



TARJETA DE
IDENTIFICACIÓN
DIGITAL

Iniciar sesión

Descarga la aplicación o crea una cuenta en bluecrossma.org.



Esta póliza incluye la cobertura de servicios dentales pediátricos según lo exigido por la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS ESENCIALES

Tus beneficios

Los beneficios dentales que cubre tu plan están sujetos a los deducibles por año calendario, al coseguro (si corresponde) y a los montos de desembolso directo máximo que se muestran a continuación. El año calendario comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre de cada año. La siguiente tabla muestra el porcentaje de los costos que tu plan pagará por los servicios dentales cubiertos. Muchos servicios cubiertos tienen límites específicos de tiempo.

Tu desembolso directo máximo

El desembolso directo máximo es el importe más alto que podrías pagar durante un año calendario por deducible y coseguro de servicios cubiertos en esta parte del plan. El desembolso directo máximo es de **\$350** por miembro (o de **\$700** para dos o más miembros). Los costos que no cuentan para tu desembolso directo máximo son las primas, los cargos de saldo facturados, todos los servicios dentales para miembros que no son elegibles para los beneficios dentales pediátricos esenciales y todos los servicios que esta póliza no cubra.

Cuándo comienza la cobertura

Tendrás cobertura, sin necesidad de un período de espera, a partir de la fecha en que te inscribas en el plan. Los beneficios dentales en esta parte del plan se proporcionan para los miembros hasta el final del mes calendario en que cumplen 19 años de edad.

Beneficios de ortodoncia

Los beneficios de ortodoncia se encuentran disponibles a partir de tu fecha de vigencia. La cobertura se ofrece para ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico y requiere la autorización previa antes de que se proporcionen los servicios. Los beneficios de ortodoncia se calculan utilizando el cargo permitido para el procedimiento. Es posible que seas responsable del coseguro y de cualquier diferencia entre el pago de Blue Cross Blue Shield y el cargo real del dentista. Para obtener detalles exactos sobre la cobertura, consulta la descripción de tu plan (y las cláusulas adicionales, si corresponde).

Grupo de beneficios preventivos	Grupo de beneficios básicos	Grupo de beneficios principales
Sin deducible	Deducible por año calendario de \$50 por miembro / \$150 por familia	
Cobertura total	Cobertura del 80%	Cobertura del 50%
Desembolso directo máximo por año calendario de \$350 por miembro (\$700 por dos o más miembros)		
<p>Exámenes bucales</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen bucal inicial completo por proveedor o ubicación (incluye un historial inicial, y cuadro odontológico y de las estructuras de soporte) Exámenes bucales periódicos o de rutina: dos veces por año calendario Exámenes bucales para miembros menores de tres años: dos veces por año calendario Exámenes bucales limitados: dos veces por año calendario <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> Radiografías de una sola pieza dental: según sea necesario Radiografías de mordida: dos veces por año calendario Radiografías de boca completa: una vez cada tres años calendario por proveedor o ubicación Radiografías panorámicas: una vez cada tres años calendario por proveedor o ubicación <p>Atención dental de rutina</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpieza de rutina, eliminación de sarro leve y pulido dental: dos veces por año calendario Tratamientos con flúor: una vez cada 90 días Selladores: una vez por diente cada tres años, por proveedor o ubicación (los selladores sobre superficies dentales restauradas no tienen cobertura) Mantenedores de espacio 	<p>Empastes</p> <ul style="list-style-type: none"> Empastes de amalgama (plata): un empaste por cada superficie dental en un período de 12 meses Empastes de resina compuesta (blancos): un empaste por cada superficie dental en un período de 12 meses <p>Tratamiento de conductos radiculares</p> <ul style="list-style-type: none"> Conductos radiculares en dientes permanentes: una vez por diente Pulpotomía vital Nuevo tratamiento de conducto radicular previo en dientes permanentes: una vez por diente cada 24 meses Apicectomía en dientes permanentes: una vez por diente <p>Coronas</p> <ul style="list-style-type: none"> Coronas prefabricadas de acero inoxidable: una vez por diente (primario y permanente) <p>Tratamiento de encías</p> <ul style="list-style-type: none"> Alisado radicular y eliminación del sarro periodontal: una vez por cuadrante cada 24 meses Cirugía periodontal: una vez por cuadrante cada 36 meses <p>Mantenimiento protético</p> <ul style="list-style-type: none"> Reparación de puentes y dentaduras parciales o completas: una vez cada 12 meses Rebasado de dentaduras parciales o completas: una vez cada 24 meses Recementación de coronas, incrustaciones estéticas (onlay/inlay) y construcción de puente fijo: una vez por diente <p>Cirugía bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> Extracción dental simple: una vez por diente Extracción de raíz erupcionada o expuesta: una vez por diente Extracciones quirúrgicas: una vez por diente (se requiere aprobación para impactaciones óseas completas) Otra cirugía bucal necesaria <p>Otros servicios necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención dental para aliviar el dolor (cuidados paliativos) Anestesia general para cirugía bucal cubierta 	<p>Coronas</p> <ul style="list-style-type: none"> Coronas de resina: una vez por diente cada 60 meses Coronas de porcelana/cerámica: una vez por diente cada 60 meses Coronas de porcelana fundida sobre metal/de metal noble resistente: una vez por diente cada 60 meses <p>Reemplazo de dientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Dentaduras completas o parciales removibles, incluidos los servicios para fabricarlas, medirlas, adaptarlas y ajustarlas: una vez cada 60 meses Prótesis fija, solo si no existe otro servicio dental adecuado menos costoso: una vez cada 60 meses <p>Implantes</p> <ul style="list-style-type: none"> Implantes endosteicos de piezas dentales simples para miembros de 16 años de edad y mayores cuando el implante reemplace un diente permanente hasta los segundos molares: una vez por diente cada 60 meses <p>Otros servicios necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> Placas oclusales cuando son necesarias: una vez por año calendario Fabricación de un protector bucal deportivo
<p align="center">Grupo de beneficios de ortodoncia</p> <p>Sin deducible</p> <p>La cobertura se ofrece para ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico y requiere la autorización previa antes de que se proporcionen los servicios.</p> <p>Después de la autorización previa, cuentas con Cobertura del 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> Aparatos de ortodoncia para miembros que tengan una oclusión de grado importante e incapacitante Servicios ortodónticos relacionados para miembros que califiquen 		

BENEFICIOS DENTALES PARA MIEMBROS A PARTIR DE LOS 19 AÑOS

Tus beneficios

Los beneficios dentales que cubre tu plan están sujetos a los montos de deducible por año calendario, coseguro (si corresponde) y beneficio máximo que se muestran a continuación. El año calendario comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre de cada año. La siguiente tabla muestra el porcentaje de los costos que tu plan pagará por los servicios dentales cubiertos. Muchos servicios cubiertos tienen límites específicos de tiempo.

Tu beneficio máximo

Tu beneficio máximo es el monto mayor que tu plan pagará por los servicios cubiertos durante un año calendario en esta parte del plan. Una vez que tu plan ha pagado el beneficio máximo de **\$2,000** por miembro, no se proveerán beneficios dentales adicionales durante ese año calendario. Cuando esto ocurra, debes pagar los cargos de tu dentista por todo servicio que recibas durante el resto del año calendario.

Cuándo comienza la cobertura

Tendrás cobertura, sin necesidad de un período de espera, a partir de la fecha en que te inscribas en el plan. Los beneficios dentales en esta parte del plan se proporcionan para los miembros mayores de 19 años, y no son elegibles para los beneficios dentales pediátricos esenciales.

Beneficios de transferencia máxima acumulados

Esta parte del plan dental incluye un Beneficio de Transferencia Máxima Acumulado. Este beneficio de transferencia te permite transferir una cierta cantidad en dólares de tus beneficios dentales anuales no utilizados para poder usarlos en el futuro. Este beneficio tiene límites y restricciones. Para obtener más información, consulta el folleto sobre Transferencia máxima dental acumulada.

Grupo de beneficios preventivos	Grupo de beneficios básicos	Grupo de beneficios principales
Sin deducible	Deducible por año calendario de \$50 por miembro/\$150 por familia	
Cobertura total	Cobertura del 80%	Cobertura del 50%

Beneficio máximo de \$2,000 por miembro, por año calendario

Exámenes bucales

- Examen bucal inicial completo (incluye un historial inicial, y cuadro odontológico y de las estructuras de soporte): una vez cada 60 meses por proveedor o ubicación
- Exámenes bucales periódicos o de rutina: dos veces por año calendario
- Exámenes bucales limitados: dos veces por año calendario

Radiografías

- Radiografías de una sola pieza dental: según sea necesario
- Radiografías de aleta de mordida: una vez cada 6 meses
- Radiografías de boca completa: una vez cada 60 meses por proveedor o ubicación
- Radiografías panorámicas: una vez cada 60 meses por proveedor o ubicación

Atención dental de rutina

- Limpieza de rutina, eliminación de sarro y pulido dental: dos veces por año calendario
- Limpieza periodontal: una vez cada 3 meses después de un tratamiento periodontal activo, sin exceder las dos veces en un período de 12 meses si se combina con limpiezas de rutina

Empastes

- Empastes de amalgama (plata): un empaste por cada superficie dental en un período de 12 meses
- Empastes de resina compuesta (blancos): un empaste por cada superficie dental en un período de 12 meses
- Empastes temporales: un empaste por diente

Tratamiento de conductos radiculares

- Conductos radiculares en dientes permanentes: una vez por diente
- Pulpotomía vital
- Nuevo tratamiento de conducto radicular previo en dientes permanentes: una vez por diente cada 24 meses
- Apicectomía en dientes permanentes: una vez por diente

Tratamiento de encías

- Alisado radicular y eliminación del sarro periodontal: una vez por cuadrante cada 24 meses
- Cirugía periodontal: una vez por cuadrante cada 36 meses

Mantenimiento prostético

- Reparación de puentes y dentaduras parciales o completas: una vez cada 12 meses
- Rebasado de dentaduras parciales o completas: una vez cada 36 meses
- Recementación de coronas, incrustaciones estéticas (onlay/inlay) y construcción de puente fijo: una vez por diente

Cirugía bucal

- Extracción dental simple: una vez por diente
- Extracción de raíz erupcionada o expuesta: una vez por diente
- Extracciones quirúrgicas: una vez por diente (se requiere aprobación para impactaciones óseas completas)
- Otra cirugía bucal necesaria

Otros servicios necesarios

- Atención dental para aliviar el dolor (cuidados paliativos)
- Anestesia general para cirugía bucal cubierta

Coronas

- Coronas: una vez por diente cada 60 meses
- Reemplazo de coronas: una vez cada 60 meses
- Incrustaciones estéticas (onlays/inlays) metálicas, de porcelana y de resina compuesta: una vez por diente cada 60 meses
- Reemplazo de incrustaciones estéticas (onlays/inlays) metálicas, de porcelana o de resina compuesta: una vez por diente cada 60 meses
- Reconstrucción con perno y núcleo además de la corona

Reemplazo de dientes

- Dentaduras completas o parciales removibles, incluidos los servicios para fabricarlas, medirlas, adaptarlas y ajustarlas: una vez cada 60 meses
- Puentes fijos y coronas (cuando forman parte de un puente), incluidos los servicios para fabricar, medir, adaptar y ajustar ambas prótesis: una vez por diente cada 60 meses
- Reemplazo de dentaduras y puentes, pero solo cuando se colocan al menos 60 meses después de la colocación inicial y solo cuando no se puedan reparar los existentes
- Dentaduras parciales temporales para reemplazar cualquiera de los seis dientes frontales superiores o inferiores, pero solo si se colocan inmediatamente después de la pérdida de la pieza y durante el período de curación

Implantes

- Implantes endosteicos de piezas dentales simples, cuando el implante reemplace un diente permanente hasta los segundos molares: una vez por diente cada 60 meses

BIENVENIDO A DENTAL BLUE,

UN PLAN DENTAL INTEGRAL QUE PROPORCIONA UN AMPLIO ACCESO A LA RED PARA SATISFACER TUS NECESIDADES DE ATENCIÓN DENTAL.

Tu dentista

Dental Blue ofrece una amplia red de dentistas, incluidos los dentistas participantes en Massachusetts y en todo el país.

Si necesitas ayuda para elegir un dentista, o si ya tienes uno y quieres saber si participa en tu plan, puedes llamar al dentista, mirar el directorio de proveedores de atención dental más actualizado o llamar al Servicio de Atención al Miembro al número de teléfono gratuito que figura en tu tarjeta de identificación de Dental Blue. También puedes acceder al directorio de proveedores dentales en línea en bluecrossma.org.

Estimaciones de pago previas al tratamiento

Si tu dentista prevé que tu tratamiento dental incluirá servicios cubiertos, cuyo valor supere los \$250, Blue Cross Blue Shield recomienda que tu dentista envíe una copia del "plan de tratamiento" a Blue Cross Blue Shield antes de que se proporcionen los servicios. Un plan de tratamiento es una descripción detallada de los procedimientos que el dentista planea realizar e incluye una estimación del cargo por cada servicio.

Una vez que se revise el plan de tratamiento, tú y tu dentista serán notificados de los beneficios que se encuentran disponibles.

Si tu dentista determina que necesitas un servicio que requiere autorización previa, deberá solicitar la aprobación para que dichos servicios tengan cobertura antes de que se proporcionen los servicios. Puede que los servicios que necesitan autorización previa y que se brindan sin aprobación no tengan cobertura.

Serás responsable de todos los cargos por servicios que no estén aprobados o que se proporcionen sin autorización previa.

Procedimientos en varias etapas

Tu plan dental proporciona beneficios para procedimientos en varias etapas (procedimientos que requieren más de una visita, por ejemplo, coronas, dentaduras y conductos radiculares), siempre y cuando estés inscrito en el plan en la fecha en que se complete el procedimiento en varias etapas. Un dentista participante enviará un reclamo para un procedimiento en varias etapas a Blue Cross Blue Shield solo después del día en que se complete el procedimiento.

Serás responsable de todos los cargos correspondientes a los procedimientos en varias etapas si tu plan ha sido cancelado antes de la fecha en que se completó el procedimiento.

Beneficios para dependientes

Este plan cubre a los dependientes hasta el final del mes calendario en que el dependiente cumple los 26 años de edad, independientemente de la dependencia económica, la condición de estudiante o la condición de empleo del dependiente. Para obtener detalles exactos sobre la cobertura, consulta la descripción de tu plan (y las cláusulas adicionales, si corresponde).

Beneficios dentales optimizados

Los beneficios dentales mejorados para ciertos servicios de atención dental se encuentran disponibles si eres un miembro al que se le han diagnosticado afecciones que califiquen. Para obtener más información sobre las afecciones específicas incluidas en este beneficio, revisa la descripción de tu plan (y las cláusulas adicionales, si corresponde) en MyBlue en bluecrossma.org.

Cómo se les paga a los dentistas – Dentistas participantes

Los dentistas que participan en Blue Cross Blue Shield of Massachusetts y en todo el país aceptan el menor valor entre el cargo real del dentista o el cargo permitido como pago total por los servicios cubiertos. Solo pagas tu deducible y coseguro (si corresponde), y cualquier cargo permitido que supere tu beneficio máximo por año calendario o beneficio máximo de por vida.

En Massachusetts, los beneficios son, en general, únicamente provistos cuando los servicios cubiertos se reciben de un dentista participante. Las excepciones se encuentran detalladas en la descripción de tu plan.

Cómo se les paga a los dentistas – Dentistas no participantes fuera de Massachusetts

Los beneficios de servicios cubiertos por un dentista no participante fuera de Massachusetts se proporcionan sobre la base del cargo real del dentista o del cargo permitido, el que sea menor. El cargo permitido se calcula sobre la base de un esquema de cargos. Puedes ser responsable de toda diferencia que exista entre el cargo real del dentista o el cargo permitido, el que sea menor. También eres responsable de tu deducible, coseguro (si corresponde) y los cargos que superen tu beneficio máximo por año calendario o beneficio máximo de por vida.

Cobertura suplementaria – Dentistas no participantes dentro de Massachusetts

Tu plan incluye cobertura suplementaria para proporcionar beneficios por los servicios cubiertos recibidos en Massachusetts de dentistas no participantes. Puedes ser responsable del deducible, coseguro (si corresponde), toda diferencia que exista entre el cargo máximo permitido y el cargo real del dentista, y todos los cargos que superen tu beneficio máximo por año calendario o beneficio máximo de por vida. Consulta al patrocinador de tu plan si deseas conocer más detalles e información para presentar reclamación.

Si tienes que presentar un reclamo

Los dentistas participantes enviarán los reclamos directamente a Blue Cross Blue Shield. Todo lo que tienes que hacer es mostrar tu tarjeta de identificación de Dental Blue. El pago se enviará directamente a tu dentista siempre que los reclamos se reciban en el término de un año desde que se completó el servicio.

Si recibes atención por parte de un dentista no participante, normalmente deberás presentar el reclamo tú mismo. Antes de presentar tu reclamo, obtén el formulario del Informe del Dentista que Proporciona Tratamiento en el Servicio de Atención al Miembro.

Después de que tu dentista complete el formulario, envíalo junto con tus facturas detalladas originales a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, P. O. Box 986030, Boston, MA 02298. Todas las reclamaciones presentadas por los miembros deben presentarse en el término de dos años desde la fecha de servicio.

Si tienes quejas, consulta la descripción de tu plan para obtener instrucciones sobre cómo presentarlas.

Información adicional

La coordinación de beneficios se aplica a los miembros del plan que estén cubiertos por otro plan para los gastos de atención médica. La coordinación de beneficios garantiza que los pagos de otros planes de atención médica o seguro no superen los cargos totales que se cobren por los servicios cubiertos.

Tu descripción del plan tiene una cláusula de subrogación, lo que significa que Blue Cross Blue Shield puede recuperar los pagos si un tercero ya le ha pagado a un miembro el mismo reclamo.

¿TIENES PREGUNTAS?

Si tienes preguntas sobre Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, llama al 1-800-262-BLUE (2583), o visítanos en línea en bluecrossma.org.

Limitaciones y exclusiones. Estas páginas resumen los beneficios de tu plan dental. La descripción de tu plan y de las cláusulas adicionales define todos los términos y las condiciones de forma más detallada. Si surgiera alguna duda respecto de los beneficios, prevalecerán la descripción del plan y las cláusulas adicionales. Para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones, consulta la descripción de tu plan y las cláusulas adicionales.

® Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association. © 2024 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc. Printed at Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc.

002601451 (11/23) DD



MASSACHUSETTS

DENTAL BLUE® TRANSFERENCIA MÁXIMA ACUMULADA

En Blue Cross Blue Shield of Massachusetts sabemos que la salud bucal es una parte fundamental de la salud general. Por tal motivo, ofrecemos un beneficio dental que te permitirá transferir una parte de tus beneficios dentales no utilizados de un año a otro.

CÓMO FUNCIONA LA TRANSFERENCIA MÁXIMA

A partir de los 60 días posteriores al último día de tu período de beneficios, el importe de transferencia se sumará al importe de tu beneficio máximo, el cual se incrementará para que puedas utilizarlo ese año y en el futuro (consulta los importes y los máximos que aparecen a continuación).

No debes pagar nada por esto. No necesitas hacer nada al respecto. Para poder calcular el importe de dólares de beneficios elegibles para la transferencia, solo debes consultar el cuadro a continuación. Para comenzar, busca en la primera columna el máximo de tu período de beneficios. Si Blue Cross no paga más dólares por reclamos a tu nombre que el importe

que figura en la segunda columna, el beneficio máximo para el año siguiente aumentará en función del importe indicado en la tercera columna.

Y, además, tu importe de transferencia sigue en aumento y estará disponible para que lo utilices siempre que tu empleador ofrezca este beneficio de transferencia.* La última columna te mostrará el importe total de dólares de beneficios adicionales que puedes obtener. Esta es una forma más en la que estamos trabajando para mejorar la atención médica para todos nuestros miembros.

Puedes acumular dólares de beneficios para ayudarte a compensar los gastos de desembolso directo más altos por procedimientos complejos.

Este beneficio se aplica en forma automática si:

- Recibes al menos un servicio durante el período de beneficios.
- Sigues siendo miembro del plan durante el período de beneficios.
- No superas el umbral de pagos de reclamos en el período de beneficios.

Si el importe del beneficio máximo anual de tu plan dental es:	Y si el total de tus reclamos no supera este importe para el período de beneficios:*	Transferiremos este importe para que puedas usarlo el año siguiente y en el futuro:*	No obstante, los totales de transferencias alcanzarán el límite al llegar a este importe:*
\$500 a \$749	\$200	\$150	\$500
\$750 a \$999	\$300	\$200	\$500
\$1,000 a \$1,249	\$500	\$350	\$1,000
\$1,250 a \$1,499	\$600	\$450	\$1,250
\$1,500 a \$1,999	\$700	\$500	\$1,250
\$2,000 a \$2,499	\$800	\$600	\$1,500
\$2,500 a \$2,999	\$900	\$700	\$1,500
\$3,000 o más	\$1,000	\$750	\$1,500

*No es una cuenta de ahorros para la salud (FSA, por sus siglas en inglés). El importe refleja tu beneficio máximo durante un año determinado.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género.

ATTENTION: If you don't speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Service at the number on your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: 711).



Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina según la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género. No excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

BLUE CROSS BLUE SHIELD OF MASSACHUSETTS PROPORCIONA LO SIGUIENTE:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande u otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma materno no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si considera que Blue Cross Blue Shield of Massachusetts no le proporcionó estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles por correo a Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, One Enterprise Drive, Quincy, MA 02171-2126; por teléfono al **1-800-472-2689 (TTY: 711)**; por fax al **1-617-246-3616**; o por correo electrónico a **civilrightscordinator@bcbsma.com**.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (US Department of Health and Human Services) en línea en **ocrportal.hhs.gov**; por correo a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201; por teléfono al **1-800-368-1019** o al **1-800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios para reclamos están disponibles en **hhs.gov**.

PROFICIENCY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

Spanish/Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

Portuguese/Português: ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: 711).

Chinese/简体中文: 注意: 如果您讲中文, 我们可向您免费提供语言协助服务。请拨打您 ID 卡上的号码联系会员服务部 (TTY 号码: 711)。

Haitian Creole/Kreyòl Ayisyen: ATANSYON: Si ou pale kreyòl ayisyen, sèvis asistans nan lang disponib pou ou gratis. Rele nimewo Sèvis Manm nan ki sou kat Idantifikasyon w lan (Sèvis pou Malantandan TTY: 711).

Vietnamese/Tiếng Việt: LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp cho quý vị miễn phí. Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số trên thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

Russian/Русский: ВНИМАНИЕ: если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному в Вашей идентификационной карте (телетайп: 711).

Arabic/العربية:

انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فتتوفر خدمات المساعدة اللغوية مجاناً بالنسبة لك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود على بطاقة هويتك (جهاز الهاتف النصي للصم والبكم "TTY": 711).

Mon-Khmer, Cambodian/ខ្មែរ: ការជូនដំណឹង: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចរកបានសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខ នៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (TTY: 711)។

French/Français: ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le Service adhérents au numéro indiqué sur votre carte d'assuré (TTY : 711).

Italian/Italiano: ATTENZIONE: se parlate italiano, sono disponibili per voi servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiamate il Servizio per i membri al numero riportato sulla vostra scheda identificativa (TTY: 711).

Korean/한국어: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에 있는 전화번호(TTY: 711)를 사용하여 회원 서비스에 전화하십시오.

Greek/Ελληνικά: ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε την Υπηρεσία Εξυπηρέτησης Μελών στον αριθμό της κάρτας μέλους σας (ID Card) (TTY: 711).

Polish/Polski: UWAGA: Osoby posługujące się językiem polskim mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy językowej. Należy zadzwonić do Działu obsługi ubezpieczonych pod numer podany na identyfikatorze (TTY: 711).

Hindi/हिंदी: ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ, आप के लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। सदस्य सेवाओं को आपके आई.डी. कार्ड पर दिए गए नंबर पर कॉल करें (टी.टी.वाई.: 711).

Gujarati/ગુજરાતી: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો તમને ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડ પર આપેલા નંબર પર Member Service ને કોલ કરો (TTY: 711).

Tagalog/Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa iyong ID Card (TTY: 711).

Japanese/日本語: お知らせ:日本語をお話しになる方は無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。IDカードに記載の電話番号を使用してメンバーサービスまでお電話ください (TTY: 711)。

German/Deutsch: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsche sprechen, steht Ihnen kostenlos fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Rufen Sie den Mitgliederdienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an (TTY: 711).

Persian/پارسیان:

توج: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی ب صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شماره تلفن مندرج بروی کارت شناسایی خود با بخش «خدمات اعضا» تماس بگیرید (TTY: 711).

Lao/ພາສາລາວ: ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ໃນບັດຂອງທ່ານ (TTY: 711).

Navajo/Diné Bizaad: BAA ÁKOHWIINDZIN DOOÍGÍ: Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowólgo éí ná'ahoot'i'. Díí bee anítahígí ninaaltsoos bine'déé' nóomba biká'ígíjij' béésh bee hodíílnih (TTY: 711).