



| | |
|---|--|
|  | <p>El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) es un documento que te ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo tú y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. TEN EN CUENTA LO SIGUIENTE: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre tu cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita www.harvardpilgrim.org/LGsampleEOC. Para obtener una definición de los términos de uso común, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulta el Glosario. Puedes ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-333-4742 para solicitar una copia.</p> |
|---|--|

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | Dentro de la red: \$4,000 individual/\$8,000 familiar Fuera de la red: \$8,000 individual/\$16,000 familiar Los beneficios se administran por año calendario. | Por lo general, deberás pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tienes otros familiares en la póliza, cada familiar debe alcanzar su deducible individual hasta que se alcance el monto del deducible familiar general. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de que alcances tu deducible ? | Sí. La atención en la sala de emergencias dentro de la red , el transporte médico de emergencia , los medicamentos recetados, los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, la atención preventiva , las visitas al consultorio del proveedor , los servicios de rehabilitación , los servicios de habilitación y los exámenes oftalmológicos de rutina se encuentran cubiertos antes de que alcances tus deducibles . | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcances tu deducible . Consulta la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro deducible para servicios específicos? | No. | No es necesario que alcances los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos directos del bolsillo de este plan ? | Dentro de la red: \$6,600 individual/\$13,200 familiar Fuera de la red: \$12,000 individual/\$20,000 familiar | El límite de gastos directos del bolsillo es el máximo que podrías pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tienes otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su límite de gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite familiar general de gastos directos del bolsillo . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|--|---|--|
| ¿Qué no se incluye en el límite de gastos directos del bolsillo ? | Primas , cargos por facturaciones de saldos y multas por no obtener la autorización previa para los servicios y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque pagues estos gastos, no cuentan para alcanzar el límite de gastos directos del bolsillo . |
| ¿Pagarás menos si te atiendes con un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visita https://www.harvardpilgrim.org/public/find-a-provider o llama al 1-888-333-4742 para obtener una lista de los proveedores preferidos . | Este plan utiliza una red de proveedores . Pagarás menos si te atiendes con un proveedor dentro de la red del plan . Pagarás el mayor costo si te atiendes con un proveedor fuera de la red , y es posible que recibas una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que tu plan paga (facturación del saldo). Ten en cuenta que tu proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulta con tu proveedor antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesitas una remisión para consultar con un especialista ? | No. | Puedes acudir al especialista que elijas sin necesidad de obtener un permiso de este plan . |

| | |
|---|---|
|  | Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla se aplican una vez que alcanzas tu deducible si hubiera un deducible . |
|---|---|

| Evento médico común | Servicios que podrías necesitar | Lo que pagarás | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo) | |
| Si visitas el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Nivel 1: \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40 % de coseguro | No hay copago para la primera visita al consultorio/individuo. |
| | Visita al especialista | Nivel 1: \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible Nivel 2: \$50 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40 % de coseguro | No hay. |
| | Atención preventiva/exámenes /vacunas | Sin cargo; no se aplica el deducible | 40 % de coseguro | Es posible que tengas que pagar los servicios que no se consideran de atención preventiva. Pregúntale a tu proveedor si los servicios que necesitas son de atención preventiva. Luego, verifica lo que pagará tu plan . |

| Evento médico común | Servicios que podrías necesitar | Lo que pagarás | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo) | |
| Si te haces un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Radiografías: 20 % de coseguro Estudios de laboratorio: 20 % de coseguro | Radiografías: 40 % de coseguro Estudios de laboratorio: 40 % de coseguro | No hay. |
| | Diagnóstico por imagen (CT, estudio PET, MRI) | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | Los costos compartidos pueden variar para algunos servicios de estudios de imágenes. Se requiere una autorización previa para los servicios fuera de la red. Si no se obtiene la autorización, se cobra una multa de \$500. |
| Si necesitas medicamentos para tratar tu enfermedad o condición médica Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados , visita www.harvardpilgrim.org/2025Value4T | Medicamentos genéricos | Nivel 1 de suministros de farmacia para 30 días: \$10 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 1 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$20 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | Nivel 1 de suministros de farmacia para 30 días: \$10 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 1 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$20 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | Formulario de valores: cubre una lista limitada; no se cubren todos los medicamentos. Tú pagas el precio minorista para los medicamentos de las farmacias fuera de la red y recibes el reembolso menos el monto del costo compartido que corresponde. Se cubre solo fuera del área de servicio. |
| | Medicamentos de marcas preferidas | Nivel 2 de suministros de farmacia para 30 días: \$35 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 2 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$70 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | Nivel 2 de suministros de farmacia para 30 días: \$35 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 2 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$70 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | Nivel 3 de suministros de farmacia para 30 días: \$60 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 3 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$120 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | Nivel 3 de suministros de farmacia para 30 días: \$60 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 3 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$120 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | |
| | Medicamentos especializados | Nivel 3 de suministros de farmacia para 30 días: \$60 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 3 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$120 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | Nivel 3 de suministros de farmacia para 30 días: \$60 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible Nivel 3 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$120 de copago /medicamentos recetados; no se aplica el deducible | Algunos medicamentos se deben comprar en una farmacia especializada. |

| Evento médico común | Servicios que podrías necesitar | Lo que pagarás | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo) | |
| | | Nivel 4 de suministros de farmacia para 30 días: 30 % de coseguro hasta \$250; no se aplica el deducible Nivel 4 de suministros de pedido por correo para 90 días: 30 % de coseguro hasta \$500; no se aplica el deducible | Nivel 4 de suministros de farmacia para 30 días: 30 % de coseguro hasta \$250; no se aplica el deducible Nivel 4 de suministros de pedido por correo para 90 días: 30 % de coseguro hasta \$500; no se aplica el deducible | |
| Si te sometes a una cirugía ambulatoria | Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | Se requiere una autorización previa para los servicios fuera de la red. Si no se obtiene la autorización, se cobra una multa de \$500. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | |
| Si necesitas atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$250 de copago /visita; no se aplica el deducible | | No hay. |
| | Transporte médico de emergencia | 20 % de coseguro ; no se aplica el deducible | | No hay. |
| | Atención de urgencia | Centro de atención de urgencia: \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | Centro de atención de urgencia: 40 % de coseguro | Los costos compartidos pueden variar según el lugar. |
| Si te hospitalizan | Cargo del centro (p. ej., cuarto de hospital) | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | Se requiere una autorización previa para los servicios fuera de la red. Si no se obtiene la autorización, se cobra una multa de \$500. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | |
| Si necesitas servicios de salud mental o conductual, o servicios para el tratamiento de toxicomanías | Servicios para pacientes ambulatorios | \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40 % de coseguro | No hay copago para la primera visita de salud mental/tratamiento de toxicomanías por individuo. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | No hay. |
| Si estás embarazada | Visitas al consultorio | \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40 % de coseguro | Los costos compartidos no aplican para los servicios preventivos (como visitas prenatales de rutina). |
| | Servicios profesionales de parto | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | |
| | Servicios en centros de partos | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | |

| Evento médico común | Servicios que podrías necesitar | Lo que pagarás | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo) | |
| Si necesitas ayuda para recuperarte o tienes otras necesidades de salud especiales | Atención médica en el hogar | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | No hay. |
| | Servicios de rehabilitación | Terapia física: \$50 de copago /visita; no se aplica el deducible | Terapia física: 40 % de coseguro | Terapia física, ocupacional y del habla: 60 visitas combinadas/año calendario Se requiere una autorización previa para los servicios fuera de la red. Si no se obtiene la autorización, se cobra una multa de \$500. |
| | Servicios de habilitación | Terapia ocupacional: \$50 de copago /visita; no se aplica el deducible Terapia del habla: \$50 de copago /visita; no se aplica el deducible | Terapia ocupacional: 40 % de coseguro Terapia del habla: 40 % de coseguro | |
| | Cuidado de enfermería especializada | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | 100 días/año calendario combinado con los servicios de rehabilitación hospitalarios |
| | Equipo médico duradero | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | Pelucas: \$350/por año calendario Se requiere una autorización previa para los servicios fuera de la red. Si no se obtiene la autorización, se cobra una multa de \$500. |
| Si tu hijo necesita atención dental o de la vista | Servicios de cuidados paliativos o para enfermos terminales | 20 % de coseguro | 40 % de coseguro | Para obtener más información sobre las hospitalizaciones, consulta la sección “Si te hospitalizan”. |
| | Examen de la vista pediátrico | \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40 % de coseguro | 1 examen/año calendario. |
| | Anteojos para niños | No cubierto. | No cubierto. | No hay. |
| | Chequeo dental pediátrico: | No cubierto. | No cubierto. | No hay. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|--|---|--|
| Servicios que tu Plan NO cubre. (Esta no es una lista completa. Consulta tu póliza o el documento del plan para obtener más información sobre otros servicios excluidos). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Antejos para niños • Cirugías estéticas | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Cuidados a largo plazo • Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies (excepto para diabetes o enfermedades circulatorias sistémicas) • Servicios que no son médicamente necesarios • Programas de pérdida de peso |

Otros servicios cubiertos. (Esta no es una lista completa. Consulta el documento de tu [plan](#) o póliza para obtener más información sobre otros servicios cubiertos y los costos de estos servicios).

- | | | |
|---|---|--|
| • Acupuntura: 20 visitas/año calendario | • Atención quiropráctica: 40 visitas por año calendario | • Tratamiento de infertilidad |
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos: \$3,000/audífono cada 36 meses, por cada oído afectado | • Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. |
| | | • Cuidado de rutina de la vista (adultos): 1 examen/año calendario |

Tus derechos a continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudarte si deseas continuar con tu cobertura una vez que termina. Puedes comunicarte con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al número 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con los Centros de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al número **1-877-267-2323 x61565** o a través del sitio web www.cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre tus derechos a continuar con la cobertura, puedes comunicarte con el Servicio al Miembro llamando al número indicado en tu tarjeta de identificación o al **1-888-333-4742**. También podrías tener otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visita www.HealthCare.gov o llama al **1-800-318-2596**.

Tus derechos a presentar reclamos y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarte si tienes una queja sobre tu [plan](#) por negarte una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de tus derechos, consulta la explicación de beneficios que recibirás por esa [reclamación](#) médica. Los documentos del [plan](#) también incluyen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o un [reclamo](#) a tu [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre tus derechos o sobre esta notificación, o para recibir asistencia, comunícate con:

HPHC Member Appeals-Member Services Department
HPHC Insurance Company, Inc.
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166
Teléfono: 1-888-333-4742
Fax: 1-617-509-3085

Department of Labor's Employee Benefits Security Administration
1-866-444-3272
www.dol.gov/ebsa/healthreform

Consumer for Affordable Health Care
12 Church Street, PO Box 2409
Augusta, Maine 04338-2490
1-800-965-7476
www.maine cahc.org
consumerhealth@maine cahc.org

Maine Bureau of Insurance
34 State House
Station Augusta, ME 04333
1-207-624-8475
1-800-300-5000

¿Este plan cumple con los Estándares de valor mínimo? Sí.

Si tu [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podrías calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarte a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí.

En general, la [Cobertura esencial mínima](#) incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), TRICARE y algunas otras opciones de cobertura. Si calificas para ciertos tipos de [Cobertura esencial mínima](#), es posible que no califiques para el [crédito fiscal para las primas](#).

Servicios lingüísticos:

Para obtener asistencia en Español, llame al **1-888-333-4742**.

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-888-333-4742**.

De assistência em Português, por favor ligue **1-888-333-4742**.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulta la siguiente sección.

Ejemplos acerca de esta cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes, en función de la atención que recibas, los precios que cobren los **proveedores** y muchos otros factores. Céntrate en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utiliza esta información para comparar la parte de los costos que tendrías que pagar según los [planes](#) de salud. Ten en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

| Peg está embarazada (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital) | | Control de la diabetes de tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición médica bien manejada) | | Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento) | |
|---|-----------------|---|----------------|--|----------------|
| ■ Deducible general del plan | \$4000 | ■ Deducible general del plan | \$4000 | ■ Deducible general del plan | \$4000 |
| ■ Copago del especialista | \$50 | ■ Copago del especialista | \$50 | ■ Copago del especialista | \$50 |
| ■ Coseguro del hospital (centro) | 20 % | ■ Coseguro del hospital (centro) | 20 % | ■ Coseguro del hospital (centro) | 20 % |
| ■ Otro coseguro | 20 % | ■ Otro coseguro | 20 % | ■ Otro coseguro | 20 % |
| Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: | | Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: | | Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: | |
| Visitas al consultorio del especialista (<i>atención prenatal</i>) | | Visitas al consultorio del médico de atención primaria (<i>lo que incluye capacitación sobre la enfermedad</i>) | | Atención en la sala de emergencias (<i>incluye materiales médicos</i>) | |
| Servicios profesionales de parto | | Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) | | Prueba diagnóstica (<i>radiografía</i>) | |
| Servicios en centros de partos | | Medicamentos recetados | | Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) | |
| Pruebas diagnósticas (<i>sonogramas y análisis de sangre</i>) | | Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>) | | Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>) | |
| Visita al especialista (<i>anestesia</i>) | | | | | |
| Costo total del ejemplo | \$12,700 | Costo total del ejemplo | \$5,600 | Costo total del ejemplo | \$2,800 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | | En este ejemplo, Joe pagaría: | | En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$4000 | Deducibles | \$100 | Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$60 | Copagos | \$1,400 | Copagos | \$500 |
| Coseguros | \$1,700 | Coseguros | \$0 | Coseguros | \$200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | | <i>Qué no está cubierto</i> | | <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 | Límites o exclusiones | \$0 | Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que pagaría Peg es | \$5,760 | El total que pagaría Joe es | \$1,500 | El total que pagaría Mia es | \$1,200 |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos en estos EJEMPLOS.

Servicios de asistencia lingüística

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Ligue para 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si nou palé Kreyòl Ayisyen, gen asistans pou sèvis ki disponib nan lang nou pou gratis. Rele 1-888-333-4742 (TTY: 711).

繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-333-4742 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ thông dịch của chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị miễn phí. Gọi số 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-333-4742 (телетайп: 711).

العربية (Arabic)

إنتباه: إذا أنت تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على 1 888-333-4742

(TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian) ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, យើងមានសេវាកម្មបកប្រែ ដូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-333-4742 (TTY: 711)។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-333-4742 (ATS: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-333-4742 (TTY: 711).



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

(Continuación)

한국어 (Korean) '알림': 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-333-4742 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν στη διάθεσή σας δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Καλέστε 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-333-4742 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi) ध्यान दीजिए: अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिये भाषाकी सहायता मुफ्तमें उपलब्ध है. जानकारी के लिये फोन करे. 1-888-333-4742 (TTY: 711)

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને માટે ભાષાકીય સહાય તદ્દન મફત ઉપલબ્ધ છે. વિશેષ માહિતી માટે ફોન કરો. 1-888-333-4742 (TTY: 711)

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-333-4742 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-333-4742 (TTY: 711).



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

(Continuación)

Aviso general de no discriminación y requisitos de accesibilidad

Harvard Pilgrim Health Care y sus afiliados (mencionados a continuación como “HPHC”) cumplen con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género (incluyendo embarazos, orientación sexual e identidad de género). HPHC no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género (incluyendo embarazos, orientación sexual e identidad de género).

HPHC:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es inglés, como el servicio de intérpretes calificados.

Si necesitas estos servicios, ponte en contacto con nuestro funcionario de Cumplimiento de Derechos Civiles.

Si crees que HPHC no te proporcionó estos servicios o te discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género (incluyendo embarazos, orientación sexual e identidad de género), puedes presentar un reclamo a: Civil Rights Compliance Officer, 1 Wellness Way, Canton, MA 02021-1166, (866) 750-2074, servicio de TTY: 711, fax: (617) 509-3085, correo electrónico: civil_rights@point32health.org. Puedes presentar un reclamo personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar un reclamo, el funcionario de Cumplimiento de Derechos Civiles puede ayudarte. También puedes presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., ya sea en forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TTY)

Los formularios de quejas se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

cc6589_memb_serv (08_23)