El documento de SBC (Resumen de Beneficios y Cobertura) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-800-251-7722. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-251-7722 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Proveedores **participantes**: $5,000 individual/$10,000 familiar. **Proveedores no participantes:** $11,000 individual/$22,000 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total del deducible de los gastos pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Sí. La atención preventiva, las visitas al médico de atención primaria y a especialistas están cubiertas antes de que alcance su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Para cobertura de medicamentos **Proveedores** participantes: $250 individual/$500 familiar **Proveedores no participantes:** $500 individual/$1,000 familiar	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	Para proveedores participantes: $9,600 individual/$19,200 familiar. Para proveedores no participantes: $21,100 individual/$42,200 familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, estos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que alcancen el límite general de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de bolsillo?	Este plan no cubre las primas, los cargos de facturación del saldo y la atención médica.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Consulte www.ConnectiCare.com o llame al 1-800-251-7722 para obtener una lista de proveedores participantes.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor no participante, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No	Puede ver al especialista que elija sin necesidad de una remisión.

⚠ Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son posteriores a que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará más)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de $48 por visita; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por visita	Ninguno
	Visita a un especialista	Copago de $80 por visita; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por visita	Ninguno
	Atención preventiva/ prueba de detección/ vacunación	Sin cargo	Coseguro del 40% por visita; no se aplica deducible	Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan. Se aplican límites de frecuencia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará más)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si se somete a una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Radiografías: copago de $40 por servicio, laboratorio: copago de $25 por servicio; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por servicio	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor.
	Diagnóstico por imágenes (TAC/TEP, RMN)	Copago de $75 por servicio hasta un máximo anual combinado de $375 para RMN e imágenes TAC; $400 por TEP; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por servicio	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos con receta**, visite https://www.connecticare.com/en-us/members/ct/2027/CTFormulary2027.pdf	Medicamentos genéricos Nivel 1	Copago de $10 por receta; no se aplica deducible (minorista); Copago de $30 por receta; no se aplica deducible (pedido por correo)	Coseguro del 40% por receta (compra minorista y pedido por correo)	Ciertos medicamentos requerirán autorización previa Cubre un suministro de hasta 30 días por receta (venta al por menor); Suministro de 90 días por receta (pedido por correo) Los medicamentos especializados solo están disponibles en farmacias minoristas especializadas y cubren un límite de suministro para hasta 30 días.
	Medicamentos de marca preferidos Nivel 2	Copago de $50 por receta (minorista); copago de $150 por receta (pedido por correo)	Coseguro del 40% por receta (compra minorista y pedido por correo)	
	Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3	Copago de $75 por receta (minorista); copago de $225 por receta (pedido por correo)	Coseguro del 40% por receta (compra minorista y pedido por correo)	
	Medicamentos especializados Nivel 4	Coseguro del 20% hasta un máximo de $100 por receta (solo en farmacias minoristas especializadas)	Coseguro del 40% por receta (solo en farmacias minoristas especializadas)	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará más)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de $200 por visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Copago de $100 por visita a un centro de cirugía ambulatoria	Coseguro del 40% por visita	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 0% por visita	Coseguro del 40% por visita	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de $450 por visita	Tienen la misma cobertura que el proveedor participante	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Tienen la misma cobertura que el proveedor participante	Ninguno
	Atención de urgencia	Copago de $100 por visita, no se aplica deducible	Coseguro del 40% por visita	Ninguno
Si tiene una hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	Copago de $500 por día hasta alcanzar un máximo de $2,000 por admisión	Coseguro del 40% por admisión	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 0% por admisión	Coseguro del 40% por admisión	Ninguno

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará más)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de $48 por visita; no se aplica deducible **Tratamiento de salud mental, trastorno por consumo de alcohol y uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios (tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial):** hospitalización): copago de $100 por visita	Coseguro del 40% por visita	Ninguno
	Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de $500 por día hasta alcanzar un máximo de $2,000 por admisión	Coseguro del 40% por admisión	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo por atención prenatal y posnatal	Coseguro del 40% por visita	El costo compartido no se aplica a determinados servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el parto/parto	Coseguro del 0% por admisión	Coseguro del 40% por admisión	Ninguno
	Servicios prestados en un centro para el parto/parto	Copago de $500 por día hasta alcanzar un máximo de $2,000 por admisión	Coseguro del 40% por admisión	Ninguno

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará más)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	Sin cargo	Coseguro del 25% por visita después de alcanzar un deducible de $50 por separado	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor. Hasta 100 visitas por año calendario
	Servicios de rehabilitación	Copago de $30 por visita; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por visita	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor. Hasta 40 visitas por año
	Servicios de recuperación de las habilidades	Copago de $30 por visita; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por visita	hasta 40 visitas por año
	Atención de enfermería especializada	Copago de $500 por día hasta $2,000 por admisión	Coseguro del 40% por admisión	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor. Máximo de 90 días por año calendario

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará más)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
	Equipo médico duradero	Coseguro del 40% por equipo/ suministro; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por equipo/ suministro	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor.
	Servicios de cuidados paliativos	Costo compartido aplicable de un centro hospitalario para pacientes internados o atención médica en el hogar	Costo compartido aplicable de un centro hospitalario para pacientes internados o atención médica en el hogar	Se requiere una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan $500 o el 50%, lo que sea menor.
Si su hijo necesita cuidado dental o de los ojos	Examen de la vista para niños	Copago de $80 por visita; no se aplica deducible	Coseguro del 40% por visita	(un examen por año calendario)
	Gafas para niños	**Lentes:** $0 **Marco de colección:** $0 **Marco que no es de colección:** Los miembros que decidan pasar de un marco de colección a uno que no sea de colección recibirán un crédito sustancialmente igual al costo del marco de colección y tendrán derecho a cualquier descuento negociado por el transportista con el minorista.	Coseguro del 50% por visita	(un par de marcos y lentes o lentes de contacto por año calendario)
	Chequeo dental para niños	Sin cargo	Coseguro del 50% por visita	Cobertura limitada a dos exámenes por año calendario

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adulto)
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de EE. UU.
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de rutina de los pies
- Examen auditivo de rutina
- Programas de pérdida de peso

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

- La cobertura de acupuntura se limita al abordaje del dolor
- Atención quiropráctica
- Audífono (puede estar cubierto con limitaciones)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de los ojos de rutina (adultos)
- Interrupción de embarazo:

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: U.S. Department of Health and Human Services, Centro de Información del Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 X61565 o www.cciio.cms.gov, o a la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través de Health Insurance Marketplace. Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, también puede comunicarse con el plan al 1-800-251-7722.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con:
Apelaciones de miembros de ConnectiCare: PO Box 4061, Farmington, CT 06034-4061 o 1-800-251-7722
Residentes de Connecticut: Departamento de Seguros del Estado de CT al 1-800-203-3447 o www.ct.gov/cid/site/default.asp
Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados: 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? **Sí**
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través de Marketplace u otras pólizas individuales de Marketplace, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? **No corresponde**
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito tributario de prima para ayudarlo a pagar un plan a través de Marketplace.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Se centra en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar según diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura solo para uno mismo.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- ***Copago* para especialistas** **$80**
- ***Copago* del hospital (centro)** **$500**
- **Otro *coseguro*** **40%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto/parto
Servicios prestados en un centro para el parto/parto
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita a un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$5,000
Copagos	$900
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El monto total que pagaría Peg es	**$5,900**

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de cuidado de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- ***Copago* para especialistas** **$80**
- ***Copago* del hospital (centro)** **$500**
- **Otro *coseguro*** **50%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de atención primaria *(incluida la educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$250
Copagos	$1,400
Coseguro	$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El monto total que pagaría Joe es	**$1,950**

La fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- ***Copago* para especialistas** **$80**
- ***Copago* del hospital (centro)** **$500**
- **Otro *coseguro*** **50%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencia *(incluidos los suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:	
Costos compartidos	
Deducibles	$500
Copagos	$400
Coseguro	$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El monto total que pagaría Mia es de	**$1,000**

El plan será responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

ConnectiCare

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English 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 **800-251-7722** (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 **800-251-7722** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

Português do Brasil (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para **800-251-7722** (TTY: **711**) ou fale com seu provedor.

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 **800-251-7722** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

中文 (Simplified 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 **800-251-7722**（文本电话：**711**）或咨询您的服务提供商。

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' **800-251-7722** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

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 **800-251-7722** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-251-7722** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-251-7722** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

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 **800-251-7722** (Người khuyết tật: **711**) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

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 **800-251-7722** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

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. **800-251-7722** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **800-251-7722** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

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। **800-251-7722** (TTY: **711**) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-251-7722** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-251-7722** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o afecciones relacionadas; orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos sexuales. ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados gratuitos para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como los siguientes:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Brinda servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a aquellas personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese con el coordinador de derechos civiles. Para esto, llame a Servicios para Miembros al **800-251-7722** (TTY: **711**).

Si considera que ConnectiCare no le proporcionó estos servicios o que lo discriminó de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles. Para esto, escriba a ConnectiCare Grievance and Appeals Department, P.O. Box 4061, Farmington, CT 06034-4061, envíe un fax al **800-319-0089** o llame a Servicios para Miembros al **800-251-7722**. (Marque **711** para acceder a los servicios de TTY). Puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o a través del portal seguro para miembros. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Quejas y Apelaciones de ConnectiCare está a su disposición. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o por correo postal o teléfono: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

Los formularios de reclamos están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en el sitio web de ConnectiCare en **connecticare.com/legal/nondiscrimination**.