El documento *Resumen de beneficios y cobertura* (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominada prima) se le indicará por separado. Este documento es solamente un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos, llame al 1-855-315-5386 o visite www.communityhealthchoice.org/en-us/plans-benefits/marketplace/know-the-details-2019/. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor y otros términos subrayados. Puede acceder al Glosario desde https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante saberlo:
¿Cuál es el deducible total?	$0	Consulte a continuación el cuadro “Eventos médicos frecuentes” para conocer los costos que le corresponden por los servicios cubiertos por este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Sí. Cuidado preventivo únicamente y de los medicamentos genéricos	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del deducible. Pero es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Existe algún otro deducible para servicios específicos?	Sí, $450 por persona | $ 900 por familia para cobertura de medicamentos con receta. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar la totalidad de los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico para que este plan comience a pagar por los servicios en cuestión.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan?	$7,900 individual/$15,800 familiar	El límite de desembolso es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan, ellos tienen que cumplir sus propios límites de desembolso hasta alcanzar el límite de desembolso total familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso?	Primas, saldos no cubiertos, atención de la salud que este plan no cubre y servicios fuera de la red.	Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el límite de desembolso. El límite de desembolso es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Pagará menos si usa un proveedor perteneciente a la red?	Sí. Visite https://providersearch.communityhealthchoice.org o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan. Usted pagará más si usa un proveedor no perteneciente a la red, y es posible que reciba una factura de dicho proveedor por la diferencia entre el monto cobrado por el proveedor y el monto que paga su plan (facturación de saldo). Tenga presente que es posible que el proveedor perteneciente a la red que usted elija use un proveedor no perteneciente a la red para algunos servicios (por ejemplo, para análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que usted elija sin necesidad de una referencia.

Todos los costos de copagos y coseguros que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su deducible, en el caso de que se aplique un deducible.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no participante (usted paga el mayor monto)	
Si visita el consultorio o la clínica del proveedor	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	$40 de Copago por visita	Sin Cobertura	----- Ninguna -----
	Visita a un especialista	$75 de Copago por visita	Sin Cobertura	----- Ninguna -----
	Cuidado preventivo/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin Cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, controle el monto que pagará el plan.
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	$40 de Copago por visita	Sin Cobertura	----- Ninguna -----
	Pruebas de diagnóstico por imágenes (tomografías computadas, tomografías PET, resonancias magnéticas)	$500 de Copago por prueba	Sin Cobertura	Se requiere preautorización. No obtener la autorización correspondiente puede resultar en una reducción o denegación de beneficios.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no participante (usted paga el mayor monto)	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Para más información sobre la cobertura de medicamentos con receta visite https://www.communityhealthchoice.org/media/2173/formulary-2019.pdf	Medicamentos genéricos	$35 de Copago por receta (al por menor) $87,50 de Copago por receta (pedidos por correo)	Sin Cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El deducible de farmacia no se aplica.
	Medicamentos de marca preferidos	$110 de Copago después del deducible por receta (al por menor) $275 de Copago después del deducible por receta (pedidos por correo)	Sin Cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Es posible que necesite una autorización previa para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en la lista de medicamentos cubiertos. No obtener una autorización previa para demostrar necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, usted pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento preferido y el genérico.
	Medicamentos de marca no preferidos	$120 de Copago después del deducible por receta (al por menor) $300 de Copago después del deducible por receta (pedidos por correo)	Sin Cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor), cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo)
	Medicamentos especializados	50% de Coseguro después del deducible por receta (al por menor)	Sin Cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor)

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no participante (usted paga el mayor monto)	
Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$600 de Copago por visita	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	$600 de Copago por visita	Sin Cobertura	----- Ninguna -----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	$800 de Copago por visita	$800 de Copago por visita	Sin copago si es admitido como paciente internado. El copago por internación hospitalaria se aplica por un máximo de 5 días.
	Traslado médico con carácter de emergencia	$75 de Copago por servicio de transporte	$75 de Copago por servicio de transporte	----- Ninguna -----
	Atención de urgencia	$75 de Copago por visita	Sin Cobertura	----- Ninguna -----
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	$800 de Copago por día	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. El copago se aplica por día por un máximo de 5 días de internación hospitalaria.
	Honorarios del médico/cirujano	$0 de Copago	Sin Cobertura	----- Ninguna -----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento contra la drogadicción	Servicios para pacientes ambulatorios	$40 de Copago por visita al consultorio y $600 de Copago por visita por otros servicios ambulatorios	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios.
	Servicios para pacientes internados	$800 de Copago por día	Sin Cobertura	El copago se aplica por día por un máximo de 5 días de internación hospitalaria.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no participante (usted paga el mayor monto)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$75 de Copago por ocurrencia	Sin Cobertura	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Es posible que se aplique un copago, dependiendo del tipo de servicio. * Vea la sección 3(i).
	Servicios del profesional durante la atención del parto	$0 de Copago	Sin Cobertura	La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías).
	Servicios del establecimiento durante la atención del parto	$800 de Copago por día	Sin Cobertura	Es posible que se aplique un copago o coseguro, dependiendo del tipo de servicio. Los copagos se aplican por día por un máximo de 5 días de internación hospitalaria.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento de su póliza o plan en www.communityhealthchoice.org/en-us/plans-benefits/marketplace/know-the-details-2019 /.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no participante (usted paga el mayor monto)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	$75 de Copago por visita	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	$75 de Copago por visita	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios.
	Servicios de habilitación	$75 de Copago por visita	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios.
	Atención de enfermería especializada	$800 de Copago por día	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. * Vea la sección 3(r).
	Equipo médico duradero	30% de Coseguro	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del plan. * Vea la sección 3(e).
	Servicios de cuidados paliativos	$75 de Copago por día $800 de Copago por día como paciente internado	Sin Cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en una reducción o denegación de beneficios. El copago se aplica por día, hasta un máximo de 5 días. Limitado a los requisitos del plan. * Vea la sección 3(j).
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	$75 de Copago por visita	Sin Cobertura	Un examen ocular de rutina por año.
	Anteojos para niños	$75 de Copago por par	Sin Cobertura	Para marcos seleccionados, lentes estándar y lentes de contacto únicamente, para niños de hasta 18 años (hasta que cumpla 19 años).* Vea la sección 3(w).
	Chequeo odontológico para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	----- Ninguna -----

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento de su póliza o plan en www.communityhealthchoice.org/en-us/plans-benefits/marketplace/know-the-details-2019 /.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos

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

- Aborto, con excepción de servicios limitados
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Atención a largo plazo
- Programas para bajar de peso
- Cirugía bariátrica
- Cuidado dental (adultos)
- Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su plan).

- Cuidado quiropráctico (35 visitas por año)
- Cuidado rutinario del pie (limitado a los requisitos del plan)
- Audífonos (cada oído, cada tres años)
- Enfermería privada (paciente internado)

Sus derechos en relación con la extensión de su cobertura: Existen organismos que pueden ayudarle si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación se incluye la información de contacto de estos organismos: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 74701 o el emisor, al 1-855-315-5386. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596

Sus derechos en relación con la presentación de quejas y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudarle si desea presentar una reclamación contra su plan por haberle denegado una reclamación. Estas reclamaciones se denominan quejas o apelaciones. Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá en relación con la reclamación médica en cuestión. En los documentos de su plan también encontrará información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja ante su plan por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin TX 74701 o Community Health Choice, Inc. 2636 South Loop West, Suite 125, Houston, Texas 77054 o llame al 1-855-315- 5386.

¿Este plan le brinda Cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene Cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago al presentar su declaración de ingresos, salvo que reúna los requisitos para recibir una exención del requisito de tener cobertura de salud para el mes en cuestión.

¿Este plan cumple las normas de valores mínimos? Sí

Si su plan no cumple las normas de valores mínimos, es posible que pueda acceder a un crédito tributario de prima de seguro médico para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos.

Servicios de accesibilidad lingüística:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-315-5386

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

Información Sobre Estos Ejemplos de Cobertura:

Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los proveedores que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden a una cobertura de una sola persona (el titular exclusivamente).

Patricia está por tener un bebé (9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)		Juan recibe atención para controlar su diabetes tipo 2 (un año de atención de rutina dentro la red, afección debidamente controlada)		María sufrió una fractura simple (visita a una sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)	
▪ El deducible total del plan	$450	▪ El deducible total del plan	$450	▪ El deducible total del plan	$450
▪ Copago por especialista	$75	▪ Copago por especialista	$75	▪ Copago por especialista	$75
▪ Copago por hospital (centro)	$800	▪ Copago por hospital (centro)	$800	▪ Copago por hospital (centro)	$800
▪ Otro coseguro	30%	▪ Otro coseguro	30%	▪ Otro coseguro	30%
Este EJEMPLO incluye también servicios tales como:		Este EJEMPLO incluye también servicios tales como:		Este EJEMPLO incluye también servicios tales como:	
Visitas al consultorio de un especialista (atención prenatal)		Visitas al médico de atención primaria (incluye educación sobre enfermedades)		Atención en sala de emergencias (incluidos los insumos médicos)	
Servicios del profesional durante la atención del parto		Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)		Prueba de diagnóstico (radiografía)	
Servicios del establecimiento durante la atención del parto		Medicamentos con receta		Equipo médico duradero (muletas)	
Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)		Equipo médico duradero (glucómetro)		Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
Visita de especialista (anestesia)					
Costo total para el ejemplo	$12,800	Costo total para el ejemplo	$7,400	Costo total para el ejemplo	$1,900
En este ejemplo, Patricia pagaría:		En este ejemplo, Juan pagaría:		En este ejemplo, María pagaría:	
Costos compartidos		Costos compartidos		Costos compartidos	
Deducibles	$0	Deducibles	$0	Deducibles	$0
Copagos	$0	Copagos	$0	Copagos	$0
Coseguro	$0	Coseguro	$0	Coseguro	$0
Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0	Límites o exclusiones	$0	Límites o exclusiones	$0
Patricia pagaría un total de	$0	Juan pagaría un total de	$0	María pagaría un total de	$0

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente recibió atención de un proveedor IHCP o mediante una referencia de IHCP de un proveedor no IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor no IHCP sin una referencia de un proveedor IHCP, sus costos pueden ser mayores.

ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS

La ley federal exige a Community Health Choice, Inc. proporcionar la siguiente información.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Community Health Choice, Inc. cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros). Community Health Choice, Inc. proporciona servicios gratuitos en distintos idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Community Health Choice, Inc. al 1.855.315.5386. Si usted considera que Community Health Choice, Inc. no le ha provisto estos servicios o que usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Usted puede presentar una queja al Departamento de Mejora de Servicios, ya sea en persona, por correo postal, fax o correo electrónico:

Service improvement Department
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 713.295.6704
Correo electrónico: Serviceimprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja por violación de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019, 800-537-7697 (TDD)

Árabe

مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصصو طلبك وأ التغطية تحت التأمين الصحيي
الهامة في اذه الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجتاءار قبل ماوعيد محدد للحفاظ علي يتضمن اذه الإشعار معلومات
علي هذه المعلومات اولمساعدتك بلغتك نود يأ تكلفة. اتصل علي Community Health Choice. ابحث عن التواريخ
تأمينك الصحي وأ مساعدتك في دفع التكاليف. لديك الحق في الحصلو

1.855.315.5386.

Chino

本通知有重要信息。本通知包含關于您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的 重要日期。您可能需要在截止日期之前采取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和 幫助。請撥電話 1. 855. 315. 5386.

Inglés

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.855.315.5386.

Francés

Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.855.315.5386.

Alemán

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung zu gewährleisten. Sie haben ein Recht auf die kostenfreie Bereitstellung dieser Informationen und weiterer Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.

Guyarati

આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અથવા કવરેજ વિશે મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.855.315.5386 પર કૉલ કરો.

Hindi

इस सूचनाम(मह*वपूण. जानकार2 है। इस सूचनाम(आपके आवेदन या Community Health Choice 9वारा कवरेज के बारे म(मह*वपूण. जानकार2 है। इस सूचना म(मह*वपूण. तार2ख= के>लए खोिजये । आप अपने DवाDEयके कवरेज रखने के>लए या लागत के मदद के>लए GनिHचत समय सीमासे कार.वाई करना जKरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा म(इस जानकार2 और सहायता GनःशुRक SoITत करने का अUधकार है। 1.855.315.5386 बुलाइये |

Japonés

この通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choice の申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.855.315.5386 までお電話ください。

Coreano

이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험보장에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다.. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용 에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀 하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.855.315.5386로 연락하십시오.

Laosiano

ຫນັງສືແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນ. ຫນັງສືແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນກ່ຽວກັບໃບສະຫມັກຫຼືການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອກຫາຂໍ້ມູນວັນທີ່ທີ່ສຳຄັນໃນຫນັງສືແຈ້ງການນີ້.ທ່ານອາດຈະຕ້ອງປະຕິບັດຜ່ານໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຣື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ 1.855.315.5386.

Persa

مهلت های این اطلاعیه حایز اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حایز نکات مهمی دربارهر تقاضانامه و پوشش بیمه یا شما توسط Community Health Choice می باشد. به تاریخ های نگر شهد رد این اطلاعیه توجه نمایید. بهمنروظ برقرار نگهدشتن پوشش بیمه یا یا ردیافت کمک ز هینه، ممکن است نیاز باشد که تا مقرر اقادماتی ار انجام هدید. حق شماست که این اطلاعات و کمک ار بروط اریگان به زبان خدوتان ردیافت نمایید. با شماهر تلفن 1.855.315.5386 بگیرید.

Ruso

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.855.315.5386.

P.O. Box 301424
Houston, TX 77230-1424