

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado.

Este documento es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de sus términos completos, llame al 1-855-315-5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org/en-us/plans-benefits/marketplace/know-the-details-2020/>. Para definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#) consulte el Glosario. 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 Esto es Importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$3,000 por persona \$6,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en el plan , cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de gastos del deducible de todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	Sí. Cuidado preventivo , las Visitas al Consultorio Primario y de Especialista , la Atención de Urgencia y los Medicamentos Genéricos están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de lo que está cubierto servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existe algún otro deducible para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿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 ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo , el cuidado 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 .
¿Pagará menos si usa un proveedor de 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 pertenezca a la red del plan . Pagará más si usa un proveedor no perteneciente a la red , y es posible que reciba una factura del 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 elija use un proveedor no perteneciente a la red para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted elija sin necesidad de una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), si se aplica 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 pagará el mayor monto)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$30 de copago por visita No se aplica el deducible .	Sin cobertura	Ninguno
	Visita al Especialista	\$60 de copago por visita No se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguno
	Cuidado preventivo/chequeo/ vacunas	Sin cargo No se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, controle el monto que pagará el plan .
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$30 de copago por visita después del deducible	Sin cobertura	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	30% de coseguro después del deducible por prueba	Sin cobertura	Requiere autorización previa . No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios. *Consulte la Cláusula 3(g)
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos con receta disponible en https://www.communityhealthchoice.org/media/2664/formulary-2020.pdf	Medicamentos genéricos	\$10 de copago por recetas (al por menor) \$25 de copago por recetas (pedidos por correo) No se aplica el deducible	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el formulario para los niveles de costo compartido. *Consulte la Cláusula 3(n).
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de copago por receta después del deducible por receta (al por menor) \$150 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 el formulario . No obtener una autorización previa para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el copago genérico más la diferencia de costo

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 pagará el mayor monto)	
				entre el medicamento preferido y el genérico.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$100 de copago después del <u>deducible</u> por receta (al por menor) \$250 de copago después del <u>deducible</u> 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 de especialidad	45% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por receta (al por menor)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor)
Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	Ninguno
	Traslado médico de emergencia	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por transporte	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por transporte	Requieren <u>autorización previa</u> los servicios como transporte aéreo, transporte terrestre que no sea de emergencia, transferencias de instalación a instalación, transferencias <u>fuera de la red</u> y fuera del área, y transporte terrestre que no sea de emergencia.
	Cuidado urgente	\$60 de copago por visita No se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguno
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de copago después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 por visita al consultorio El <u>deducible</u> no aplica y 30% de <u>coseguro</u> después	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible

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 pagará el mayor monto)	
conductual o tratamiento por consumo de sustancias		del <u>deducible</u> para otros servicios/visitas para pacientes ambulatorios		que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio.
	Servicios para pacientes internados	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$60 de copago por ocurrencia después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Es posible que se aplique un <u>copago</u> según el tipo de servicio. *Consulte la cláusula 3(l)
	Servicios del profesional durante la atención del parto	\$0 de copago después del <u>deducible</u>	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	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Servicios de habilitación	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Atención de enfermería especializada	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año.
	Equipo médico duradero	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del plan. *Consulte la Cláusula 3(e).
	Servicios de hospicio	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por día		<u>Limitado a los requisitos del plan.</u> * Consulte la cláusula 3(j)

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 pagará el mayor monto)	
		30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> como paciente internado.		
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Un examen ocular de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w)
	Anteojos para niños	\$60 de copago después del <u>deducible</u> por par	Sin cobertura	Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños de hasta 18 años. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(w)
	Chequeo odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto con excepción de servicios limitados *Consulte la cláusula 4(16) de su documento del plan • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental (adultos) • Cuidado dental (niños) • Tratamiento de la infertilidad • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos • Atención de rutina de la vista (adultos) • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su plan).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico (35 visitas por año) • Audífonos (cada oído, cada tres años) | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada (Enfermería privada para pacientes hospitalizados). | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes) |
|---|--|--|

Sus Derechos para Extender la Cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo 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 78701 o 1-800-578-4677, 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 ([Marketplace](#)). Para más información sobre [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Presentación de Quejas y Apelaciones: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar una reclamación contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estas reclamaciones se denominan [queja](#) o [apelación](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proveen información exhaustiva para presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677

¿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 con las Normas de Valores Mínimos? Sí

Si su [plan](#) no alcanza los [Estándares de Valores Mínimos](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través de [Marketplace](#).

Servicios de Accesibilidad Lingüística:

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

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-315-5386.

Chino: 如果需要中文的帮助, ☎☎打☎个号☎ 1-855-315-5386.

Navajo: Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 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. Enfóquese en los importes de [costos compartidos](#) ([deducible](#), [copago](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) bajo el [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 solo al titular.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

■ El deducible total del plan	\$3,000
■ Copago del especialista	\$60
■ Hospital (instalaciones): coseguro	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios del profesional durante la atención del parto
 Servicios del establecimiento durante la atención del parto
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita de especialista (*anestesia*)

Ejemplo de Costo Total	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Peg pagaría un total de	\$0

Control de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro la red, afección bien controlada)

■ El deducible total del plan	\$3,000
■ Copago del especialista	\$60
■ Hospital (instalaciones): coseguro	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

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

Ejemplo de Costo Total	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Joe pagaría un total de	\$0

La fractura simple de Mia

(visita a una sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ El deducible total del plan	\$3,000
■ Copago del especialista	\$60
■ Hospital (instalaciones): coseguro	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

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

Ejemplo de Costo Total	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría un total de	\$0

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 CON EL IDIOMA

Las leyes federales requieren que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN (MARKETPLACE)

Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles, y no discrimina con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas y ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes cualificados de lenguaje de señas, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos). Community Health Choice, Inc. proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Community Health Choice, Inc. al teléfono 1.855.315.5386. Si cree que Community Health Choice, Inc. no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja.

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o por correo electrónico a:

Service Improvement Department

2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 1.855.315.5386

Correo electrónico:

ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, 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 postal o por teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Arabic

يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلم هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحت عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. اتصل على 1.855.315.5386.

English

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.

German

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 in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.

Hindi

इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजें। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए निश्चित समय सीमा से कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता नःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.855.315.5386 पर कॉल कीजिए।

Korean

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 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.855.315.5386로 연락하십시오.

Persian

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی دربارۀ تقاضایمۀ و پوشش بیمه ای شما توسط Community Health Choice می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایید. به منظور برقرار نگه داشتن پوشش بیمه ای یا دریافت کمک هزینه، ممکن است نیاز باشد که تا مهلت های مقرر، اقداماتی را انجام دهید. حق شماست که این اطلاعات و کمک را بطور رایگان به زبان خودتان دریافت نمایید. با شماره تلفن 1.855.315.5386 تماس بگیرید.

Spanish or Spanish Creole

Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.855.315.5386.

Urdu

اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں Community Health Choice کے ذریعے آپ کی درخواست یا بیمے کی تحفظ سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیے – اپنی صحت کے بیمے کے تحفظ کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ آپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں مفت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.855.315.5386 پر رابطہ کریں۔

Chinese

本通知有重要信息。本通知包含關於您透過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採取行動，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。

French

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.

Gujarati

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

Japanese

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。

Laotian

ທັງສີແຈງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ທັງສີແຈງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັກສະໜອງການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອບຫາຂໍ້ມູນວັນທີ່ສໍາຄັນໃນທັງສີແຈງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສະພາບຂອງທ່ານພາຍໃນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຕາເຊ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.855.315.5386.