



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. 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](#) (denominada [prima](#)) se le dará 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-2021>. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#). Puede acceder al Glosario desde www.cciio.cms.gov o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto es Importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0/Individual \$0/familiar	Consulte a continuación el cuadro "Eventos médicos frecuentes" para conocer los costos que le corresponden a usted por los servicios cubiertos por este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del deducible . Sin embargo, 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?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ?	\$2,500/ individual / \$5,000/ 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 , y la atención médica que no está cubierta por este plan .	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 perteneciente a la red ?	Sí. Visite https://providersearch.communityhealthchoice.org o llame al 1-855-315- 5386 para solicitar una lista de proveedores pertenecientes a la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece 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 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 pagará el menor monto)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
Si visita el consultorio o la clínica del proveedor	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$10 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Visita a un especialista	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Cuidado preventivo/pruebas de detección / vacunas	Sin cargo	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 (radiografía, análisis de sangre)	\$10 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	coseguro del 10%	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 Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta visite https://www.communityhealthchoice.org/en-us/plans-	Medicamentos genéricos	\$5 de copago por receta (al por menor) \$12.5 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). Consulte el formulario para los niveles de costo compartido. El nivel 1 incluye genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo. *Consulte la Cláusula 3(n).
	Medicamentos de marca preferidos	\$20 de copago por receta (al por menor) \$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). Es posible que necesite una autorización previa para un medicamento de marca

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/media/3349/eoc-deductible-2021.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará el menor monto)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
benefits/marketplace/know-the-details-2021				cuando el equivalente genérico es el preferido en el <u>formulario</u> . No obtener una <u>autorización previa</u> 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 entre el medicamento preferido y el genérico. El nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$40 de copago por receta por receta (al por menor) Copago de \$100 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 nivel 3 incluye productos del formulario no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos).
	Medicamentos especializados	20% de <u>coseguro</u> (al por menor)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) El nivel 4 incluye <u>medicamentos especializados</u> .
Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>coseguro</u> del 10%	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	<u>coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	<u>coseguro</u> del 10%	<u>coseguro</u> del 10%	Ninguno
	Traslado médico de emergencia	Copago de \$20 por servicio de transporte	Copago de \$20 por servicio de 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.
	Atención de urgencia	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguno

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/media/3349/eoc-deductible-2021.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará el menor monto)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	<u>coseguro</u> del 10%	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 por visita	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 de copago por visita al consultorio y 10% de <u>coseguro</u> para otros servicios de pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa 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.
	Servicios para pacientes internados	<u>coseguro</u> del 10%	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	\$20 de copago por incidente	Sin cobertura	Los <u>costos compartidos</u> no aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. *Consulte la cláusula 3(l)
	Servicios del profesional durante la atención del parto	Copago de \$0	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	<u>coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa 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 desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/media/3349/eoc-deductible-2021.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará el menor monto)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	\$10 de copago 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	\$10 de copago 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	<u>coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año.
	Equipo médico duradero	<u>coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(e).
	Servicios de hospicio	\$20 de copago por día 10% de <u>coseguro</u> como paciente internado.	Sin cobertura	Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la cláusula 3(j)
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	\$20 de copago por visita	Sin cobertura	Un examen ocular de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w)

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/media/3349/eoc-deductible-2021.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (Usted pagará el menor monto)	Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto)	
	Anteojos para niños	\$20 de copago por par	Sin cobertura	Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños de hasta 18 años. Limitado a los requisitos del plan . *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 los servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto, con excepción de servicios limitados *Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su plan • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Chequeo odontológico para niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Cuidado dental (adultos) • 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 al 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](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), 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 un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estos reclamos 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 (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/media/3349/eoc-deductible- 2021.pdf>

¿Este plan le brinda Cobertura esencial mínima? Si

La [Cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima de seguro médico](#).

¿Este plan cumple con las Normas de valores mínimos? No corresponde

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 ayudarlo 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

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

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-315-5386

Navajo (Dine): 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. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) 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 solo al titular.

Peg está por tener un bebé

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0
- [Copago por especialista](#) \$20
- [Coseguro por hospital](#) (instalaciones) 10%
- Otros [costos compartidos](#) 10%

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	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$700
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría un total de	\$960

Control de diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0
- [Copago por especialista](#) \$20
- [Coseguro por hospital](#) (instalaciones) 10%
- Otros [costos compartidos](#) 10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (*incluye educación sobre enfermedades*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Ejemplo de Costo Total	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$80
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
Joe pagaría un total de	\$900

Mia sufrió una fractura simple

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0
- [Copago por especialista](#) \$20
- [Coseguro por hospital](#) (instalaciones) 10%
- Otros [costos compartidos](#) 10%

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	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$60
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría un total de	\$260

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.



NON-DISCRIMINATION STATEMENT (MARKETPLACE)

Community Health Choice, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Community Health Choice, Inc. provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Community Health Choice, Inc. Member Services Department at 1.855.315.5386. If you believe that Community Health Choice, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance.

You can file a grievance in person or by mail, fax or email:

Service Improvement Department

2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Phone: 1.855.315.5386

Email: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Arabic

يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلم هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحث 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 खोजिए। 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 درباره تقاضای شما 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 વર્ણી મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને 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 ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສະພາບຂອງທ່ານພາຍໃນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຕ່າງໆ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.855.315.5386.

Russian

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.

Tagalog

Ang Notisayang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayrong itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan ng Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisayang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalain sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.855.315.5386.

Vietnamese

Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời gian nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1.855.315.5386.