Magna International, Inc.

Standard PPO Cobertura: Individual/Familiar Tipo de plan: PPO

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un <u>plan</u> de salud. En el SBC, se muestra cómo usted y el <u>plan</u> compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: la información acerca del costo de este <u>plan</u> (denominada <u>prima</u>) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura, o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite www.bcbsm.com o llame al 1-888-890-4943. Para consultar definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldos, cosequero, cosequero, facturación de saldos, cosequero, cosequero, <a href

Droguntos importantos	Respuestas		Por qué esto es importante:	
Preguntas importantes	Dentro de la red	Fuera de la red	For que esto es importante.	
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$500 Individual/ \$1,000 Familiar	\$1,000 Individual/ \$2,000 Familiar	Generalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto de <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.	
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>at</u> están cubiertos antes <u>deducible</u> .		Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó el monto de <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios</u> <u>preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .	
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.		Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.	
¿Cuál es el <u>límite a cargo del</u> miembro de este <u>plan</u> ? (Puede incluir un monto máximo de <u>coseguro</u>).	\$3,500 Individual/ \$7,000 Familiar	\$7,500 Individual/ \$14,000 Familiar	El <u>límite a cargo del miembro</u> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites</u> <u>a cargo del miembro</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite a cargo del miembro</u> familiar total.	
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite a cargo del miembro</u> ?	Primas, cargos de <u>facturación de saldos</u> , cualquier multa de <u>farmacia</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.		Aunque usted pague estos gastos, no se tienen en cuenta para el límite a cargo del miembro.	
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la red, visite <u>www.bcbsm.com</u> o llame al 1-888-890-4943.		Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como los servicios de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.	
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	_	Puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección sin una <u>derivación</u> .	



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que aparecen en este cuadro son después de alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

	Servicios que	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información	
Suceso médico frecuente	posiblemente necesite	Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	importante	
	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$25/visita al consultorio; no se aplica un deducible	Coseguro del 40%	Ninguna	
Si visita una clínica o consultorio de un <u>proveedor</u>	Visita al <u>especialista</u>	Copago de \$45/visita; no se aplica un deducible.	Coseguro del 40%	Ninguna	
pruebas de	Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunación	Sin cargo; no se aplica un deducible.	Sin cobertura	Es posible que usted deba pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego, averigüe qué pagará su <u>plan</u> .	
	Pruebas diagnósticas (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica un deducible.	Coseguro del 40%	Ninguna	
Si le realizan una prueba	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía computarizada por emisión de positrones y resonancia magnética)	Sin cargo; no se aplica un deducible.	Coseguro del 40%	Puede requerir <u>autorización previa</u> .	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o	Medicamentos genéricos o de venta libre recetados	J	l 20%; mín. de \$4 y un máx. de \$25 15%; mín. de \$8 y un máx. de \$50		
afección Puede obtener más información sobre la	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista: Coseguro del Pedido por correo: Coseguro del 2	l 25%; mín. de \$20 y un máx. de \$60 20%; mín. de \$40 y un máx. de \$120	Límites de cantidad, edad y autorización previa para algunos medicamentos; días límite de suministro en	
cobertura para medicamentos recetados en www.express-scripts.com o llamando al 800-818-6632	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista: <u>Coseguro</u> del 50%; mín. de \$75 y un máx. de \$150 Pedido por correo: <u>Coseguro</u> del 50%; mín. de \$150 y un máx. de \$300		venta minorista y pedido por correo pueden aplicars	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna	
umautoriu	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna	

	Servicios que	Qué pa	gará usted	Limitacianas avasnaianas y atra información
Suceso médico frecuente	Suceso médico frecuente posiblemente necesite		Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$150/visita; luego, coseguro del 20% después del deducible	Copago de \$150/visita; luego, coseguro del 20% después del deducible	No corresponde el <u>copago</u> si fue admitido.
Si necesita atención médica inmediata	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Se aplican límites para el millaje.
	Atención de urgencias	Copago de \$50/visita; no se aplica un deducible.	Coseguro del 40%	Ninguna
Si lo internan	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si io internan	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna
Si necesita servicios de salud conductual (trastornos	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo; no se aplica un deducible.	Coseguro del 40%	Su parte del costo puede ser diferente para los servicios prestados en un consultorio.
de salud mental y por consumo de sustancias)	Servicios hospitalarios	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; no se aplica un deducible.	<u>Coseguro</u> del 40%	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido); y, según el tipo de servicios, se pueden aplicar costos compartidos. No se aplican costos compartidos a los servicios preventivos.
	Servicios profesionales para partos/nacimientos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna
	Servicios del centro para partos/nacimientos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna

	Complete aux	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información	
Suceso médico frecuente Servicios que posiblemente necesite		Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	importante	
	Atención médica en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Se requiere la certificación del médico.	
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	La fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional están limitadas a un máximo combinado de 60 visitas por miembro por año calendario.	
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA) para autismo: cuando lo presta un analista conductual certificado (LBA), sujeto a <u>autorización previa</u> .	
especiales Equ Serv	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitada a un máximo de 120 días por miembro, por año calendario.	
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Excluye equipos para baños, ejercicios y de lujo, y artículos de comodidad y conveniencia. Se requiere receta.	
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo; no se aplica un deducible.	Sin cargo; no se aplica un deducible.	Se requiere la certificación del médico. Visitas ilimitadas.	
	Exámenes oculares para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna	
	Exámenes dentales para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y un listado de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención dental (adulto)
- Audífonos

- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adulto)

• Programas para adelgazar

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar límites a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica

- Cobertura provista fuera de los Estados Unidos. Visite http://provider.bcbs.com
- Atención que no sea de emergencia cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos.
- Servicios de enfermería privada

• Atención de los pies de rutina

Sus derechos de continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar la cobertura después de que esta finaliza.

La información de contacto para esas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323, interno 61565, o en www.cciio.cms.gov o llamando al 1-888-890-4943. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguro médico. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.decito.cms.gov o llamando al 1-888-890-4943. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguro médico. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.decito.cms.gov o llamando al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja formal y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su <u>plan</u> por rechazar un <u>reclamo</u>. Esta queja se denomina <u>queja formal</u> o <u>apelación</u>. Para obtener más información sobre sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por ese <u>reclamo</u> médico. Sus documentos del <u>plan</u> también proporcionan información completa para presentar un <u>reclamo</u>, una <u>apelación</u> o una <u>queja formal</u> por cualquier motivo a su <u>plan</u>. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Blue Cross® and Blue Shield® of Michigan, llamando al 1-888-890-4943.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar la apelación. Comuníquese con el Michigan Health Insurance Consumer Assistance Program (HICAP), Department of Insurance and Financial Services, P. O. Box 30220, Lansing, MI 48909-7720, http://www.michigan.gov/difs o difs-HICAP@michigan.gov/difs o https://www.michigan.gov/difs o difs-HICAP@michigan.gov/difs o difs-HICAP@michigan.g

¿Este plan proporciona una Cobertura básica mínima? Sí.

La <u>Cobertura básica mínima</u> en general incluye los <u>planes</u>, el <u>seguro médico</u> disponible a través del <u>mercado</u> u otras pólizas individuales que haya en el mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para determinados tipos de <u>Cobertura básica mínima</u>, es posible que no sea elegible para el <u>crédito fiscal de una prima</u>.

¿Este plan satisface Estándares de valor mínimo? Sí.

Si su <u>plan</u> no satisface los <u>Estándares de valor mínimo</u>, usted puede ser elegible para un <u>crédito fiscal de una prima</u> para ayudarlo a pagar por un <u>plan</u> a través del <u>mercado</u>. (IMPORTANTE: Blue Cross Blue Shield of Michigan asume que su cobertura abarca todas las categorías de Beneficio de salud básico [EHB] según la definición del estado de Michigan. El valor mínimo de su <u>plan</u> puede verse afectado si su <u>plan</u> no cubre ciertas categorías de EHB, como <u>medicamentos recetados</u>, o si su <u>plan</u> proporciona cobertura de categorías de EHB específicas, por ejemplo, <u>medicamentos recetados</u>, a través de otra compañía de seguros).

Servicios lingüísticos de acceso: Consulte el Anexo

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este <u>plan</u> podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán según la atención real que reciba, el precio que cobren sus <u>proveedores</u> y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de <u>costos compartidos</u> (<u>deducibles</u>, <u>copagos</u> y <u>coseguro</u>) y <u>servicios excluidos</u> del <u>plan</u>. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes <u>planes</u> de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual personal.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y el parto en un hospital)

El deducible total del plan	\$500
Copago del especialista	\$45
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas a consultorios de <u>especialistas</u> (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para partos/nacimientos Servicios del centro para partos/nacimientos <u>Pruebas diagnósticas</u> (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

Visita al especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

zir ooto ojompio, r og pagariar		
Costos compartidos		
<u>Deducibles</u>	\$500	
Copagos	\$0	
<u>Coseguro</u>	\$1,600	
Qué no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$70	
El total que Peg pagaría es	\$2,170	

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible total del plan	\$500
Copago del especialista	\$45
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del <u>médico de atención</u> <u>primaria</u> (*que incluyen educación sobre la* <u>enfermedad</u>)

Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)

Medicamentos recetados

Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos		
<u>Deducibles</u>	\$500	
Copagos	\$200	
Coseguro	\$60	
Qué no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$3,500	
El total que Joe pagaría es	\$4,260	

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible total del plan	\$500
Copago del especialista	\$45
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

<u>Sala de emergencias</u> (incluidos los suministros médicos)

Pruebas diagnósticas (radiografía)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$500
Copagos	\$90
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Mia pagaría es	\$900

Si también tiene cobertura de un <u>plan</u> tipo cuenta, como un acuerdo de gastos médicos flexibles (FSA) integrados, un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) o una cuenta de ahorros para la salud (HSA), puede tener acceso a fondos adicionales para ayudar a cubrir ciertos <u>gastos a cargo del miembro</u>, como el deducible, los copagos o el coseguro o beneficios que no estén cubiertos de otro modo.

ADDENDUM – LANGUAGE ACCESS SERVICES and NON-DISCRIMINATION

We speak your language

If you, or someone you're helping, needs assistance, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call the Customer Service number on the back of your card, or 877-469-2583, TTY: 711 if you are not already a member.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, necesita asistencia, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al número telefónico de Servicio al cliente, que aparece en la parte trasera de su tarjeta, o 877-469-2583, TTY: 711 si usted todavía no es un miembro.

إذا كنت أنت أو شخص آخر تساعده بحاجة لمساعدة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم اتصل برقم خدمة العملاء الموجود على ظهر بطاقتك، أو برقم TTY:711 873-469-877، إذا لم تكن مشتركا بالفعل.

如果您,或是您正在協助的對象,需要協助,您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。要洽詢一位翻譯員,請撥在您的卡背面的客戶服務電話;如果您還不是會員,請撥電話 877-469-2583, TTY: 711。

کی کیسلافی، نے بید فتی دقعہ دقی دولہ فی ، هسیم بلافی خیندگاک، کیسلافی کیسلافی خیر نید محتولات مختصہ منفی کیا حلیقتم بی دائم کہنگہ، لخوجزمتاکہ خیر بید محتالا کیفتکہ، منفی خلا الله فی وینتکہ دیمیکہ خلا تنکی کہ دولامت دی نے 177:711 873-869-877 کی خاکہ لیلافی خدوجہ.

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, cần trợ giúp, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số Dịch vụ Khách hàng ở mặt sau thẻ của quý vị, hoặc 877-469-2583, TTY: 711 nếu quý vị chưa phải là một thành viên.

Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, ka nevojë për asistencë, keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion falas në gjuhën tuaj. Për të folur me një përkthyes, telefononi numrin e Shërbimit të Klientit në anën e pasme të kartës tuaj, ose 877-469-2583, TTY: 711 nëse nuk jeni ende një anëtar.

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 사람이 지원이 필요하다면, 귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 대화하려면 귀하의 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하거나, 이미 회원이 아닌 경우 877-469-2583, TTY: 711로 전화하십시오.

যদি আগনার, বা আগনি সাহায্য করছেন এমন কারো, সাহায্য প্রয়োজন হয়, ভাহলে আগনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য ও ভখ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে। কোনো একজন দোভাষীর সাথে কখা বলতে, আগনার কার্ডের পেছনে দেওয়া গ্লাহক সহায়তা নম্বরে কল করুন বা 877-469-2583, TTY: 711 যদি ইতোমধ্যে আগনি সদস্য না হয়ে থাকেন।

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, potrzebujecie pomocy, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer działu obsługi klienta, wskazanym na odwrocie Twojej karty lub pod numer 877-469-2583, TTY: 711, jeżeli jeszcze nie masz członkostwa.

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Unterstützung benötigt, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer des Kundendienstes auf der Rückseite Ihrer Karte an oder 877-469-2583, TTY: 711, wenn Sie noch kein Mitglied sind.

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete bisogno di assistenza, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, rivolgiti al Servizio Assistenza al numero indicato sul retro della tua scheda o chiama il 877-469-2583, TTY: 711 se non sei ancora membro.

ご本人様、またはお客様の身の回りの方で支援を必要とされる方でご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合はお持ちのカードの裏面に記載されたカスタマーサービスの電話番号(メンバーでない方は877-469-2583, TTY: 711)までお電話ください。

Если вам или лицу, которому вы помогаете, нужна помощь, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по номеру телефона отдела обслуживания клиентов, указанному на обратной стороне вашей карты, или по номеру 877-469-2583, TTY: 711, если у вас нет членства.

Ukoliko Vama ili nekome kome Vi pomažete treba pomoć, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na svom jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, pozovite broj korisničke službe sa zadnje strane kartice ili 877-469-2583, TTY: 711 ako već niste član.

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay nangangailangan ng tulong, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa numero ng Customer Service sa likod ng iyong tarheta, o 877-469-2583, TTY: 711 kung ikaw ay hindi pa isang miyembro.

Important disclosure

Blue Cross Blue Shield of Michigan and Blue Care Network comply with Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross Blue Shield of Michigan and Blue Care Network provide free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and information in other formats. If you need these services, call the Customer Service number on the back of your card, or 877-469-2583, TTY: 711 if you are not already a member. If you believe that Blue Cross Blue Shield of Michigan or Blue Care Network has failed to provide services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance in person, by mail, fax, or email with: Office of Civil Rights Coordinator, 600 E. Lafayette Blvd., MC 1302, Detroit, MI 48226, phone: 888-605-6461, TTY: 711, fax: 866-559-0578, email: CivilRights@bcbsm.com. If you need help filing a grievance, the Office of Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health & 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, phone, or email at: U.S. Department of Health & Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, phone: 800-368-1019, TTD: 800-537-7697, email: OCRComplaint@hhs.gov. Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.