




Sunrise Farms Inc Plan 3 PPO

 El documento del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC 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 (llamado prima) se dará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de cobertura, visite www.wellmark.com o llame al 1-800-524-9242. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1-800-524-9242 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> general?	\$3,000 individual o \$9,000 por familia por año calendario.	Normalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> pagada por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay servicios que están cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. El control del niño sano, la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> , las prótesis dentro de la <u>red</u> y los servicios sujetos a <u>copago</u> se cubren antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó el <u>deducible</u> . Sin embargo, puede aplicarse un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$100 individual o \$300 por familia por año calendario para tarjeta de medicamentos, que no se aplica a medicamentos recetados de nivel 1. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Atención médica: \$4,000 individual o \$12,000 por familia por año calendario. Tarjeta de medicamentos: \$4,000 individual o \$12,000 por familia por año calendario. Las cantidades máximas de <u>gastos de bolsillo</u> médicos y de la tarjeta de medicamentos dentro de la <u>red</u> se acumulan juntas.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará durante un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los <u>cargos</u> de facturación de saldos y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite www.wellmark.com o llame al 1-800-524-9242 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba la factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que el <u>proveedor</u> cobra y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para que lo atienda un <u>especialista</u> ?	No.	Puede atenderse con el <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de copagos y coseguros de este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si corresponde.

Circunstancia médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor dentro de la red (IN)</u> (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor fuera de la red (OON)</u> (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si va al consultorio o a la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	40% de <u>coseguro</u>	Los proveedores de atención primaria (PCP) se definen como médicos generalistas y de familia, médicos internistas, ginecólogos y obstetras (OB/GIN), pediatras, enfermeros de práctica avanzada, enfermeras obstetras certificadas y auxiliares médicos.
	Visita con un <u>especialista</u>	\$45 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	40% de <u>coseguro</u>	Se aplica a <u>proveedores</u> que no son PCP. \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio para servicios quiroprácticos dentro de la <u>red</u> . Los exámenes de audición están cubiertos según las directrices de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA).
	<u>Atención preventiva/ examen médico/ vacunas</u>	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	Un examen preventivo y un examen ginecológico por año calendario. Una mamografía por año calendario. El control del niño sano se cubre hasta los 7 años. Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagaría.

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en sbccmfinder.wellmark.com.

Circunstancia médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red</u> (IN) (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red</u> (OON) (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorio independiente: \$45 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Para una prueba en el consultorio o en la clínica de un <u>proveedor</u> , su costo se incluye en los costos compartidos indicados arriba. No se cobra el costo compartido de los servicios de exámenes de laboratorio independiente dentro de la <u>red</u> para salud mental/abuso de sustancias.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Para una prueba en el consultorio o en la clínica de un <u>proveedor</u> , su costo se incluye en los costos compartidos indicados arriba.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o su condición Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura para medicamentos recetados</u> en www.wellmark.com/prescriptions .	Nivel 1	\$10 de <u>copago</u> por receta	\$10 de <u>copago</u> por receta	Los medicamentos de la lista de medicamentos Blue Rx Value Plus de Wellmark están cubiertos. Los medicamentos no mencionados en esta Lista de medicamentos no están cubiertos. Para <u>medicamentos con receta</u> fuera de la <u>red</u> , es posible que reciba una factura por el saldo. 1 <u>copago</u> por un suministro para 30 días. 3 <u>copagos</u> por un suministro para 90 días (farmacia, de mantenimiento). 2 <u>copagos</u> por un suministro para 90 días (de mantenimiento con envío por correo). Los <u>medicamentos especializados</u> están cubiertos únicamente cuando se obtienen mediante el Programa de Farmacias Especializadas de CVS. Consulte wellmark.com/prescriptions para obtener información sobre los medicamentos y las cantidades de medicamentos que necesitan autorización previa de Wellmark para que su plan los cubra.
	Nivel 2	\$35 de <u>copago</u> por medicamento recetado	\$35 de <u>copago</u> por medicamento recetado	
	Nivel 3	\$50 de <u>copago</u> por medicamento recetado	\$50 de <u>copago</u> por medicamento recetado	
	Medicamentos especializados	\$85 de <u>copago</u> por medicamento por receta	No está cubierto	

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en sbccmfinder.wellmark.com.

Circunstancia médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red</u> (IN) (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red</u> (OON) (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si usted debe someterse a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Tarifas del <u>médico/cirujano</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	<u>Servicios en la sala de emergencias</u>	\$400 de <u>copago</u> por fecha de servicio por centro y médicos combinados	\$400 de <u>copago</u> por fecha de servicio por centro y médicos combinados	Para <u>condiciones médicas de emergencia</u> tratadas fuera de la <u>red</u> , es posible que no reciba una factura por el saldo según las normas federales creadas para la implementación de la Ley para evitar sorpresas (No Surprises Act).
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Para situaciones cubiertas que no sean de emergencia, los servicios de ambulancia fuera de la <u>red</u> NO se reembolsan como dentro de la <u>red</u> . Al miembro se le puede facturar el saldo por cualquier servicio fuera de la <u>red</u> según lo establecido en las normas creadas para la implementación de la Ley para evitar sorpresas.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
Si lo hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Tarifas del <u>médico/cirujano</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en sbccmfinder.wellmark.com.

Circunstancia médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor dentro de la red (IN)</u> (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor fuera de la red (OON)</u> (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si usted está embarazada	Visitas en el consultorio	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonidos). No se aplican costos compartidos para los <u>servicios preventivos</u> . Para todos los servicios dentro de la <u>red</u> que estén fuera de la atención obstétrica de rutina, se pueden aplicar los beneficios que se mostraron arriba para la visita en el consultorio.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los beneficios que se muestran reflejan los servicios de proveedores OB/GYN que normalmente se facturan juntos en el momento del parto para obtener servicios prenatales, posnatales y de parto.
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica en casa</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> para PCP/\$45 de <u>copago</u> para <u>proveedores</u> que no son PCP por fecha de servicio Centro: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio se aplican a los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y los logopedas dentro de la <u>red</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> para PCP/\$45 de <u>copago</u> para <u>proveedores</u> que no son PCP por fecha de servicio Centro: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio se aplican a los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y los logopedas dentro de la <u>red</u> .

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en sbccmfinder.wellmark.com.

Circunstancia médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red</u> (IN) (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red</u> (OON) (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de hospicio</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	La atención de relevo en hospicio se limita a 15 días para pacientes hospitalizados y 15 días para pacientes ambulatorios de por vida.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en sbccmfinder.wellmark.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, **NO** cubre (lea la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Atención de custodia en el domicilio o en un centro
- Atención dental (adultos)
- Control dental
- Enfermería especializada extendida en el domicilio
- Examen de la vista
- Anteojos
- Audífonos
- Atención de largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Atención de rutina de los pies
- Algunos medicamentos de farmacia no están cubiertos
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Terapia de análisis del comportamiento aplicado, cubierta hasta los 18 años con límites anuales
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento de infertilidad (\$15,000 de beneficio máximo de por vida (LTM))
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada: enfermería intermitente de corto plazo especializada en el domicilio

Su derecho a mantener la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si usted quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration) al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Sus derechos de quejas formales y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener ayuda, puede comunicarse con: Wellmark al 1-800-524-9242; División de Seguros de Iowa (Iowa Insurance Division) al 515-654-6600, o Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o en el sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible mediante el Mercado de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para recibir el crédito fiscal por las primas.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple el estándar de valor mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por las primas que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado de seguros.

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

Wellmark Blue Cross and Blue Shield of Iowa es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Aquí se incluye solo una descripción parcial de los beneficios, limitaciones, exclusiones y otras disposiciones del plan de atención médica. No es un contrato ni una póliza. Solo es una descripción general. No da toda la información de la cobertura, como los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de la póliza. En caso de que haya diferencias entre este documento y el manual de cobertura, certificado de cobertura o póliza de cobertura, los términos y condiciones que aplican son los del manual de cobertura, certificado de cobertura o póliza de cobertura.

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 pueden variar según la atención que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,000
■ <u>Copago</u> por PCP	\$25
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios del centro para el parto/nacimiento

Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

Consulta con el especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$3,000
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$900

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$60
------------------------------	-------------

El total que Peg pagaría es	\$4,060
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,000
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$45
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)

Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$100
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$0

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$20
------------------------------	-------------

El total que Joe pagaría es	\$1,420
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,000
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$45
■ <u>Copago</u> por el hospital (centro)	\$400
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Servicios en la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)

Prueba diagnóstica (*radiografía*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$0
------------------------------	------------

El total que Mia pagaría es	\$1,800
------------------------------------	----------------

Las cantidades que se muestran en el ejemplo de reclamo de maternidad de arriba se basan en cantidades que usan un deducible único individual. Algunos planes pueden aplicar un deducible para dos personas o para una familia en los servicios de maternidad de la madre y del recién nacido.

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

Aviso federal obligatorio de asequibilidad y no discriminación



La discriminación está prohibida por ley

Wellmark cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Wellmark no excluye a las personas ni las trata diferente según su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad o sexo.

Wellmark proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de forma eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos).
- Servicios idiomáticos gratuitos para personas cuyo idioma principal es distinto al inglés.
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al 800-524-9242.

Si considera que Wellmark no ha proporcionado estos servicios de forma correcta o ha discriminado de otra forma por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo puede presentar una queja formal ante el coordinador de Derechos Civiles de Wellmark: Wellmark Civil Rights Coordinator, 1331 Grand Avenue, Station 5W189, Des Moines, IA 50309-2901, 515-376-4500, TTY 888-781-4262, fax 515-376-9073, correo electrónico CRC@Wellmark.com. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles de Wellmark está disponible para ayudarlo. Además, puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo, teléfono o fax a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Room 509F, HHH Building, Washington DC 20201, 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

注意：如果您说普通话，我们可免费为您提供语言协助服务。请拨打 800-524-9242 或（听障专线：888-781-4262）。

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho quý vị. Xin hãy liên hệ 800-524-9242 hoặc (TTY: 888-781-4262).

NAPOMENA: Ako govorite hrvatski, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte 800-524-9242 ili (tekstualni telefon za osobe oštećena sluha: 888-781-4262).

ACHTUNG: Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose sprachliche Assistenzdienste zur Verfügung. Rufnummer: 800-524-9242 oder (TTY: 888-781-4262).

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإننا نوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 800-524-9242 أو (خدمة الهاتف النصي: 888-781-4262).

ສິ່ງຄວນເອົາໃຈໃສ່, ພາສາລາວ ຖ້າທ່ານເວົ້າ: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ທີ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື 800-524-9242 ຕິດຕໍ່ທີ. (TTY: 888-781-4262.)

주의: 한국어 를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 800-524-9242번 또는 (TTY: 888-781-4262)번으로 연락해 주십시오.

ध्यान रखें: अगर आपकी भाषा हिन्दी है, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 800-524-9242 पर संपर्क करें या (TTY: 888-781-4262)।

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance dans votre langue sont à votre disposition gratuitement. Appelez le 800 524 9242 (ou la ligne ATS au 888 781 4262).

Geb Acht: Wann du Deutsch schwetze duscht, kannscht du Hilf in dei eegni Schprooch koschdefrei griege. Ruf 800-524-9242 odder (TTY: 888-781-4262) uff.

โปรดทราบ: หากคุณพูด ไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาสำหรับคุณโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ติดต่อ 800-524-9242 หรือ (TTY: 888-781-4262)

PAG-UKULAN NG PANSIN: Kung Tagalog ang wikang ginagamit mo, may makukuha kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Makipag-ugnayan sa 800-524-9242 o (TTY: 888-781-4262).

တစ်ခုခုရှိပါက-နမူနာတစ်ခုကို, ကိုယ်တော်တိုင်တစ်ခုခု, လာဘ်ဘက်လက်ဘက်လဲ, ဆီဒါနာဂီလီ, ဆဲးကျိုးသူ ၈၀၀-၅၂၄-၉၂၄, ၂၅၅၅၅ (TTY: ၈၈၈-၇၈၁-၄၂၆) တွင်.

ВНИМАНИЕ! Если ваш родной язык русский, вам могут быть предоставлены бесплатные переводческие услуги. Обращайтесь 800-524-9242 (телетайп: 888-781-4262).

सावधान: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि नि:शुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध गराइन्छ। 800-524-9242 वा (TTY: 888-781-4262) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ አገዛ አገልግሎቶቻችን ከከፍተኛ የገንዘብ፡፡ በ 800-524-9242 ወይም (በTTY: 888-781-4262) ደውለው ያነጋግሩን፡፡

HEETINA To a wolwa Fulfulde laabi walliinde dow wolde, naa e njobdi, ene ngoodi ngam maada. Hebir 800-524-9242 malla (TTY: 888-781-4262).

FUULEFFANNA: Yo isin Oromiffaa, kan dubbattan taatan, tajaajiloonni gargaarsa afaanii, kaffaltii malee, isiniif ni jiru. 800-524-9242 yookin (TTY: 888-781-4262) quunnaama.

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, для вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Зателефонуйте за номером 800-524-9242 або (телетайп: 888-781-4262).

Ge': Diné k'ehjí yáníítí'go níká bizaad bee áká'á adoowoł, t'áá jiik'é, náhóló. Kojí' hólne' 800-524-9242 doodaii' (TTY: 888-781-4262)