



Avisos anuales para 2026 de Ben E. Keith Company

El Plan de Beneficios Sociales 501 y el Plan de Jubilación 001 de Ben E. Keith Company proporcionan cobertura y beneficios que cumplen las leyes federales y estatales aplicables. Varias de esas leyes exigen que le proporcionemos cada año un resumen de sus derechos.

Estos avisos se incluyen en las siguientes páginas:

Aviso sobre medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para 2026	Página 2
Derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer	Página 3
Protección de la salud de los recién nacidos y las madres	Página 3
Derechos de inscripción especial según lo dispuesto por la HIPAA	Página 3
Programa de seguro médico para niños (CHIP)	Página 4
Resumen anual del Plan de Beneficios Sociales de la Compañía	Página 6
Resumen anual del Plan de ahorros para el retiro	Página 7

También le recordamos otros avisos importantes que ya ha recibido o que figuran en este documento, entre ellos:

Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA	Página 5
Privacidad y seguridad según lo dispuesto por la HIPAA	Página 5
Números del Seguro Social de los miembros de la familia	Página 5
Resumen de beneficios y cobertura	Páginas 5
Resumen de beneficios y cobertura de BCBS of Alabama	Páginas 8-14

Revise esta información y consérvela junto con el resto de las comunicaciones importantes sobre beneficios. Esta información siempre está disponible en el sitio web de beneficios de Ben E. Keith Company en [bek.family](#) en **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)**.

Para obtener más información, comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE BEN E. KEITH Y MEDICARE

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2026: PLAN MÉDICO DE BCBS

Lea atentamente este aviso, ya que contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados del plan médico BCBS de BCBS (el "plan médico BCBS") y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su zona. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre la cobertura del plan médico BCBS y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o a un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, al menos, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Ben E. Keith ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico de BCBS, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Como el plan médico BCBS es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos recetados acreditables del plan médico BCBS sin que sea culpa suya, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura de su compañía no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan médico de BCBS, el plan médico de BCBS pagará primero los beneficios de medicamentos recetados, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué plan paga primero y qué plan paga después, consulte la descripción resumida del plan (SPD) de Ben E. Keith Company para la División Sureste y KVPC Southeast, o comuníquese con Medicare.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandona la cobertura actual, es posible que pueda volver a inscribirse en un plan médico de Ben E. Keith durante una futura inscripción anual o en los 31 días calendario siguientes a un acontecimiento de vida que califica.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura del plan médico BCBS y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de la finalización de su cobertura, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditables, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditables, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19 % superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Consulte la descripción resumida del plan (SPD) de Ben E. Keith Company para la División Sureste o KVPC Southeast, o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com. **Nota:** Recibirá este aviso cada año y cuando su cobertura médica cambie. Puede encontrar una copia de este aviso en cualquier momento en la sección **Resources (Recursos)** de bek.family.

Para obtener más información sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare & You" (Medicare y Usted). Medicare le enviará un ejemplar del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite medicare.gov.
- Llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud para obtener ayuda personalizada. Busque el número de su estado en la contraportada interior de su ejemplar del manual "Medicare & You" (Medicare y Usted).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

¡IMPORTANTE! Conserve este **Aviso de cobertura acreditable para 2026**. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se una para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha de este aviso: 1 de octubre de 2025

Nombre de la entidad: Ben E. Keith Company

Equipo de Beneficios corporativos: benefits@benekeith.com

DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.

En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Esta cobertura estará sujeta a las disposiciones, limitaciones, exclusiones, deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de la opción médica de Ben E. Keith. Para obtener más información, consulte la descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de [bek.family](#) o llame a Blue Cross Blue Shield of Alabama al 1-800-292-8868.

PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

En virtud de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996, por lo general y de acuerdo con la ley federal, los planes de salud grupales no pueden restringir los beneficios por hospitalizaciones de la madre o el recién nacido relacionadas con el parto a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, normalmente, la ley federal no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Además, los planes no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización previa del plan para prescribir una duración de hospitalización inferior a 48 horas (o 96 horas).

Para obtener más información, consulte la descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de [bek.family](#) o llame a Blue Cross Blue Shield of Alabama al 1-800-292-8868.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL SEGÚN LO DISPUESTO POR LA HIPAA

Si rechaza la inscripción en la cobertura médica de Ben E. Keith para usted o para los miembros elegibles de su familia (cónyuge e hijos) porque tiene cobertura de otro seguro médico o un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a los miembros elegibles de su familia en un plan médico de Ben E. Keith si usted o los miembros de su familia dejan de ser elegibles para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su otra cobertura o la de los miembros de su familia). Sin embargo, **debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días calendario** después de la finalización de su otra cobertura o la de los miembros de su familia (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo miembro en su familia como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted y los miembros elegibles de su familia en una opción médica de Ben E. Keith, siempre que sean elegibles. Sin embargo, **debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días calendario** siguientes al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

Si pierde la cobertura de Medicaid estatal o de un plan del Programa de seguro médico para niños (CHIP), o si es elegible para recibir asistencia para el pago de primas de Medicaid estatal o el plan CHIP, puede inscribirse usted e inscribir a los miembros elegibles de su familia en un plan médico de Ben E. Keith. **Debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del evento. (Consulte el aviso del "Programa de seguro médico para niños (CHIP)" para obtener más información).

Para solicitar una inscripción especial, consulte con su gerente de RR. HH. o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS EN VIRTUD DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero sí podrán comprar el seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de asistencia para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o al 1-877-KIDS NOW, o visite insurekidsnow.gov para saber cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan médico Ben E. Keith, debemos permitirle que se inscriba si aún no lo está. Se trata de una oportunidad de "inscripción especial" y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que se determine su elegibilidad para la asistencia para el pago de las primas.

Si tiene preguntas sobre la inscripción en un plan médico de Ben E. Keith, consulte a su gerente de RR. HH. o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos al 1-817-877-5700. También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo en askebsa.dol.gov o llamar al 1-866-444-EBSA (3272). Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para la asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

Alabama – Medicaid

<http://myalhipp.com/>
1-855-692-5447

Arkansas – Medicaid

<http://myarhipp.com/>
1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

Colorado – Medicaid y CHP+

Health First Colorado: <http://www.healthfirstcolorado.com/>
1-800-221-3943/retransmisión del estado 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
1-800-359-1991/retransmisión del estado 711
Seguro de salud de pago a cuenta: <https://www.mycohibi.com>
1-855-692-6442

Florida – Medicaid

<https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html>
1-877-357-3268

Georgia – Medicaid

<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
1-678-564-1162, presione 1
CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
1-678-564-1162, presione 2

Kansas – Medicaid

<http://www.kancare.ks.gov>
1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

Luisiana – Medicaid

<http://www.medicaid.la.gov> o <http://www.ldh.la.gov/lahpp>
1-888-342-6207 (Medicaid)
1-855-618-5488 (LaHIPP)

Missouri – Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
1-573-751-2005

Carolina del Norte – Medicaid

<https://medicaid.ncdhs.gov/>
1-919-855-4100

Oklahoma – Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>
1-888-365-3742

Carolina del Sur – Medicaid

<https://www.scdhhs.gov>
1-888-549-0820

Texas – Medicaid

<https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
1-800-440-0493

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con uno de los siguientes:

U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa o llame al 1-866-444-EBSA (3272)

o

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov o llame al 1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

RECORDATORIO IMPORTANTE: REVISE LOS AVISOS QUE YA HAYA RECIBIDO

DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY COBRA

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura de salud grupal.

Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, consulte el aviso de derechos COBRA que se le entregó cuando fue elegible por primera vez. También puede encontrar información en la descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de [bek.family](#) o comunicándose con su gerente de RR. HH. o gerente de oficina.

PRIVACIDAD Y SEGURIDAD SEGÚN LO DISPUESTO POR LA HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 exige que los planes de salud cumplan las normas de privacidad. Estas normas tienen como objetivo proteger su información personal de salud de usos y divulgaciones indebidos. Las normas también le otorgan derechos adicionales relativos al control de su propia información de salud.

El aviso de prácticas de privacidad según lo establecido por la HIPAA de Ben E. Keith Company explica como el Plan de Beneficios Sociales de Ben E. Keith Company puede y no puede utilizar y compartir su información de salud protegida y cómo usted puede ejercer sus derechos de privacidad de salud. También explica nuestra obligación de notificarlo tras una violación de información de salud protegida no asegurada. Estamos obligados a notificarlo de la disponibilidad de este aviso cada tres años.

Para obtener una copia del aviso más reciente, vaya a la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de [bek.family](#) o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Estamos obligados, por ley, a recopilar el número del Seguro Social (u otro número de identificación fiscal) de cada miembro de la familia que se inscribe en un plan médico de Ben E. Keith y comunicar esa información al Servicio de Impuestos Internos cada año.

Si un miembro de su familia aún no tiene número del Seguro Social (por ejemplo, un recién nacido), puede solicitarlo a la Administración del Seguro Social, en <https://www.ssa.gov/forms/ss-5.pdf>. Solicitar un número de Seguro Social es gratis.

Si aún no ha facilitado el número del Seguro Social (u otro número de identificación fiscal) de cada uno de los miembros de su familia inscritos, añádalo a su información cuando se inscriba durante la inscripción anual o cuando solicite cobertura para un miembro de su familia tras un cambio de situación que cumpla los requisitos. Si hay retrasos en la obtención del número del Seguro Social, consulte a su gerente de RR. HH. o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Tenemos la obligación de proporcionarle un SBC para la opción de plan médico cada año durante la inscripción anual. El SBC describe los beneficios disponibles para usted, en un formato prescrito, para que pueda comparar fácilmente su opción médica de Ben E. Keith con otros planes que puedan estar disponibles para usted, incluida la cobertura individual ofrecida a través del Mercado de seguros de salud.

Los SBC para 2026 del plan médico de Blue Cross Blue Shield of Alabama de Ben E. Keith se incluyen en las páginas 8 a 14 de este documento. Si tiene preguntas sobre estos resúmenes o quiere una copia adicional, vaya a la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de [bek.family](#) o comuníquese con el equipo de Beneficios a benefits@benekeith.com.



RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA 2024 PARA EL PLAN DE BENEFICIOS SOCIALES DE BEN E. KEITH COMPANY

Este es un resumen del informe anual del Plan de Beneficios Sociales de Ben E. Keith Company, EIN 75-0372230, Plan Nro. 502, para el período del 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. El informe anual se ha presentado ante la Employee Benefits Security Administration del Departamento de Trabajo de los EE. UU., tal como exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) de 1974.

Ben E. Keith Company se ha comprometido a pagar determinadas reclamaciones de seguro médico autoasegurado, punto máximo de pérdida y de discapacidad a corto plazo, incurridas en virtud de los términos del plan.

Información sobre el seguro

El plan tiene contrato con Cigna Health and Life Insurance Company y sus filiales (dental); Metropolitan Life Insurance Company (visión); Blue Cross Blue Shield of Alabama (BCBS medical) y Lincoln National Life Insurance Company (seguro de muerte y desmembramiento accidentales [AD&D] para empleados, cónyuges e hijos) para pagar las reclamaciones médicas, odontológicas, oftalmológicas y de vida/AD&D incurridas en virtud del plan. Las primas totales pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2024 fueron de \$12,844,601.

Al tratarse de contratos denominados "valoración de la experiencia", los costos de las primas se ven afectados, entre otras cosas, por la cantidad y la magnitud de las reclamaciones. Del total de primas de seguro pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2024, las primas pagadas en virtud de dichos contratos de "valoración de la experiencia" fueron de \$4,447,426 y el total de todas las reclamaciones de beneficios pagadas en virtud de estos contratos durante el año del plan fue de \$3,438,765.

Sus derechos a acceder a información adicional

Tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, si lo solicita. El informe contiene información sobre el seguro, incluidas las comisiones de venta pagadas por las compañías de seguros.

Para obtener una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, escriba a Ben E. Keith Company a 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102 o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del plan (Ben E. Keith Company, 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102) y el Departamento de Trabajo de los EE. UU. en Washington, D.C., u obtener una copia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., si paga los costos de la copia. Las solicitudes al Departamento deben dirigirse a:

Public Disclosure Room N1513
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20210



RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA 2024

PLAN DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN DE BEN E. KEITH

Este es un resumen del informe anual para el Plan de Ahorro para la Jubilación de Ben E. Keith (número de identificación del empleador 75-0372230, número del plan 002) para el año del plan que va desde el 1 de julio de 2022 hasta el 30 de junio de 2024. El informe anual se ha presentado ante la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados tal como exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) de 1974.

Estado financiero básico

Un fondo fiduciario proporciona los beneficios del plan. Los gastos del plan fueron de \$23,483,271. Estos gastos incluían \$403,388 de gastos administrativos y \$22,819,413 de beneficios pagados a participantes y beneficiarios, y \$260,470 de otros gastos. Un total de 7,473 personas eran participantes o beneficiarios del plan a finales del año del plan, aunque no todas estas personas habían adquirido aún el derecho a recibir beneficios.

El valor de los activos del plan, después de haber restado los pasivos de este, fue de \$400,527,407 al final del año del plan, frente a \$313,321,603 al inicio del año del plan. Durante el año del plan, el plan experimentó un cambio en sus activos netos de \$87,205,804. Este cambio incluye la apreciación o depreciación no efectivizada del valor de los activos del plan; es decir, la diferencia entre el valor de los activos del plan al final del año y el valor de los activos al principio del año o el costo de los activos adquiridos durante el año. El plan obtuvo unos ingresos totales de \$110,689,075, incluidas las contribuciones del empleador de \$29,681,351, las contribuciones de los empleados de \$32,247,521, otras contribuciones/otros ingresos de \$3,670,515 y ganancias de las inversiones de \$45,089,688.

Sus derechos a acceder a información adicional

Tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, si lo solicita. El informe incluye un informe contable, información financiera e información sobre pagos a proveedores de servicios, activos mantenidos para inversión e información relativa a cualquier fideicomiso común o colectivo, cuentas separadas agrupadas, fideicomisos principales o entidades de inversión 103-12 en las que participe el plan.

Para obtener una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, escriba a Ben E. Keith Company a 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102, o llame al 1-817-877-5700.

También tiene derecho a recibir un estado de los activos y pasivos del plan y las notas que lo acompañan, o un estado de los ingresos y gastos del plan y las notas que lo acompañan, o ambos, de parte del administrador del plan, si lo solicita y sin costo alguno. Si le pide una copia del informe anual completo al administrador del plan, estos dos estados y las notas que los acompañan se incluirán como parte de dicho informe.

También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del plan: 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102 y en el Departamento de Trabajo de los EE. UU. en Washington D. C., u obtener una copia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., si paga los costos de la copia. Las solicitudes al Departamento deben dirigirse a:

Public Disclosure Room N-1513
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20210



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el plan el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado "prima") se facilitará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-800-292-8868 o visítenos en AlabamaBlue.com. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.bcbosal.org/sbcglossary/ o llamar al 1-855-350-7437 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$500 individual / \$1,000 familiar. Fuera de la <u>red</u> : \$1,000 individual / \$2,000 familiar.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro tiene que alcanzar su propio <u>deducible</u> hasta que la cantidad total de gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios preventivos</u> en la <u>red</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$800 por admisión para fuera de la <u>red</u> . No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Deberá pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del <u>deducible</u> específica antes de que este <u>plan</u> comience a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$5,000 individual / \$10,000 familiar.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar al año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las primas, los cargos de facturación de saldo, la atención médica que este <u>plan</u> no cubre, el costo compartido para la mayoría de los beneficios fuera de la <u>red</u> y las penalizaciones por no obtener la certificación.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Vea AlabamaBlue.com o llame al 1-800-810-BLUE para tener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>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 consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican luego de que se haya alcanzado su **deductible**, si se aplica un **deductible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$35 por visita. No se aplica el deductible	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, el coseguro fuera de la red es del 50%; se requiere preautorización para algunos medicamentos administrados por el proveedor; si no se obtiene la preautorización, no hay beneficios disponibles.
	Visita a un <u>especialista</u>	Copago de \$50 por visita. No se aplica el deductible	20 % de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/pruebas</u> /Vacunación	Sin cargo. No se aplica el deductible.	Sin cobertura	Visite alabamablue.com/preventiveservices . Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué cubre su <u>plan</u> .
Si se realiza alguna prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo. No se aplica el deductible.	20 % de <u>coseguro</u>	Los beneficios indicados son servicios del médico. En Alabama, el coaseguro fuera de la red es del 50%. También están disponibles los beneficios del centro. Es posible que se requiera certificación previa; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
	Diagnóstico por imagen (TC/TEP, IRM)	Copago de \$200 por prueba. No se aplica el deductible.	20 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en AlabamaBlue.com/pharmacy	Medicamentos de nivel 1	\$15 de <u>copago</u> (minorista) \$37.50 <u>copago</u> (pedido por correo) No se aplica el deductible.	Sin cobertura	Se requiere certificación previa para algunos medicamentos; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles. La cobertura de medicamentos genéricos es obligatoria cuando están disponibles. Es posible que los productos de insulina cubiertos tengan un costo más bajo para el paciente. Ciertos medicamentos especializados genéricos y biosimilares incluidos en la Lista de medicamentos especializados genéricos y biosimilares selectos tendrán un costo compartido más bajo para los miembros.
	Medicamentos de nivel 2	\$40 de <u>copago</u> (minorista) \$100 <u>copago</u> (pedido por correo) No se aplica el deductible.	Sin cobertura	
	Medicamentos de nivel 3	\$60 de <u>copago</u> (minorista) \$150 <u>copago</u> (pedido por correo) No se aplica el deductible.	Sin cobertura	
	Medicamentos de nivel 4	\$100 de <u>copago</u> (minorista). No se aplica el deductible.	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y las excepciones, consulte con el plan o vea el documento de políticas en AlabamaBlue.com.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si se somete a cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	\$200 de <u>copago</u> No se aplica el deducible.	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, no se cubren servicios fuera de la red. Es posible que se requiera certificación previa; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
	Tarifas de los médicos/cirujanos	0 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, el coseguro fuera de la red es del 50%.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Accidente: <u>Copago</u> de \$200 por visita. No se aplica el deducible. Emergencia médica: <u>Copago</u> de \$200 por visita. No se aplica el deducible.	Accidente: <u>Copago</u> de \$200 por visita. No se aplica el deducible. Emergencia médica: <u>Copago</u> de \$200 por visita. No se aplica el deducible.	Se aplicarán cargos del médico.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$35 por visita. No se aplica el deducible.	20 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si es hospitalizado	Tarifas del centro (p. ej., habitación de hospital)	\$200 de copago por día para los días 1 a 5. No se aplica el deducible.	\$800 de deducible por admisión y 20 % de coseguro.	En Alabama, los beneficios fuera de la red solo están disponibles para lesiones accidentales y emergencias médicas. Se requiere certificación previa; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
	Tarifas de los médicos/cirujanos	0 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, el coseguro fuera de la red es del 50%.
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$50 por visita No se aplica el deducible.	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, el coseguro fuera de la red es del 50%; se requiere certificación previa para servicios ambulatorios intensivos, <u>hospitalización parcial y hospitalización</u> de pacientes internados; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
	Servicios de hospitalización	Médico: Sin cargo No se aplica el deducible. Hospital para pacientes internados: \$200 de copago por día para los días 1 a 5. No se aplica el deducible.	Médico: 20 % de <u>coseguro</u> No se aplica el deducible. Hospital para pacientes internados: \$800 de deducible por admisión y 20 % de coseguro	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y las excepciones, consulte con el plan o vea el documento de políticas en AlabamaBlue.com.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	0 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no aplica para los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deductible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía). En Alabama, el <u>coseguro fuera de la red</u> es del 50% para servicios profesionales. Es posible que se requiera certificación previa; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	0 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios en un centro para nacimientos/partos	\$200 de copago por día para los días 1 a 5. Sin deducible general.	\$800 de deducible por admisión y 20 % de coseguro.	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica domiciliaria</u>	Sin cargo. No se aplica el deducible.	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, no se cubren servicios fuera de la red. Los beneficios también están disponibles para servicios de infusión en el hogar. Es posible que se requiera certificación previa; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Los beneficios indicados son servicios de <u>rehabilitación</u> y <u>habilitación</u> . Cada servicio tiene un máximo combinado de 30 visitas para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla por año. En Alabama, el <u>coseguro fuera de la red</u> es del 50 %. Los niños de 0 a 18 años con un diagnóstico de autismo tienen permitidas visitas ilimitadas para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, el <u>coseguro fuera de la red</u> es del 50 %. Es posible que se requiera certificación previa; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo. No se aplica el deducible.	20 % de <u>coseguro</u>	En Alabama, no se cubren servicios fuera de la red. Es posible que se requiera certificación previa; de no obtenerse, no habrá beneficios disponibles.
Si su hijo necesita atención dental o de la visión	Examen de la visión para niños	Sin cargo. No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Visite alabamablue.com/preventiveservices .
	Anteojos para hijos	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura; el miembro paga el 100 %
	Controles dentales para niños	Sin cargo. No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Visite alabamablue.com/preventiveservices .

* Para obtener más información sobre las limitaciones y las excepciones, consulte con el plan o vea el documento de políticas en AlabamaBlue.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | | |
|----------------------|-----------------------------|---|--|
| • Acupuntura | • Atención dental (adultos) | • Atención de largo plazo | • Atención de rutina de los pies |
| • Cirugía bariátrica | • Anteojos, niño | • Servicio privado de enfermería | • Atención de enfermería especializada |
| • Cirugía estética | • Audífonos | • Atención de rutina de la visión (adultos) | • Programas para bajar de peso |

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

- | | | |
|---|---|--|
| • Atención quiropráctica (limitada a 15 visitas por miembro por año calendario) | • Tratamiento para la infertilidad (sin cobertura para la Tecnología reproductiva asistida) | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. |
|---|---|--|

Sus derechos de continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarlo si quiere continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Employee Benefits Security Administration del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa, o BlueCross BlueShield de Alabama al 1-800-292-8868. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo en contra de su plan por la denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina "queja" o "apelación". Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: El administrador de su plan al número de teléfono que figura en su folleto de beneficios. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el departamento de seguros de su estado.

¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito tributario para primas.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimos? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimos, puede ser elegible para un crédito tributario para primas para ayudarlo a pagar un plan a través del [Mercado](#).

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



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los montos que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costo compartido \(deductibles, copagos y coseguros\)](#) y los [servicios excluidos del plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé

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

■ El deductible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$50
■ Copago del hospital (centro)	\$0
■ Otro copago/coseguro	\$200/20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para nacimientos/partos
Servicios en un centro para nacimientos/partos
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Visitas al especialista (*anestesia*)

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deductible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$50
■ Copago del hospital (centro)	\$0
■ Otro copago/coseguro	\$200/20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluidos los servicios educativos sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Fractura simple de Mia

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

■ El deductible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$50
■ Copago del hospital (centro)	\$0
■ Otro copago/coseguro	\$200/20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

<u>Deducibles*</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría en total	\$960

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

<u>Deducibles*</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$40
Joe pagaría en total	\$1,040

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

<u>Deducibles*</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría en total	\$1,000

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa en los programas de bienestar del [plan](#), puede reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con [AlabamaBlue.com](#).

* Nota: Este plan tiene otros [deductibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la casilla “¿Hay otros deductibles para servicios específicos?” más arriba.

Los Servicios de acceso idiomático y el Aviso de no discriminación solo se aplican a servicios administrativos que Blue Cross and Blue Shield of Alabama proporciona a su empleador.

Servicios de acceso idiomático y Aviso de no discriminación

Blue Cross and Blue Shield of Alabama, un titular de licencia independiente de Blue Cross and Blue Shield Association cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente a partir de su raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Alabama:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios idiomáticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo, intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Coordinador de cumplimiento 1557. Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o que ha sido víctima de discriminación de otra forma sobre la base de su raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico en la siguiente dirección: Blue Cross and Blue Shield of Alabama, Compliance Office, 450 Riverchase Parkway East, Birmingham, Alabama 35244, Attn: 1557 Compliance Coordinator, 1-855-216-3144, 711 (TTY), 1-205-220-2984 (fax), 1557Grievance@bcbsal.org (email). Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de cumplimiento 1557 está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Asistencia en idiomas extranjeros

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-216-3144 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-216-3144 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Chinese: 注意:如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-216-3144(TTY:711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-216-3144 (TTY: 711).

Arabic: النصي الهاتفـ 3144-216-855- 711 . : Arabic بـ اتصلـ لك متاحةـ تكلفةـ بدونـ باللغةـ يتعلقـ فيماـ مساعدةـ خدماتـ توجـ ، العربيةـ تتحدثـ كنتـ إذاـ انتبهـ

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-216-3144 (TTY: 711).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-216-3144 (ATS: 711).

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-216-3144 (TTY: 711).

Gujarati: દ્યાન આપો: જો તમે ગજુ રાતી બોલતા હોય, તો ભાષા સહાયતા સેવા, તમારા માટે નિઃશુદ્ધ ઉપલબ્ધ છે. 1-855-216-3144 પર કોલ કરો (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-216-3144 (TTY: 711).

Hindi: ડાન દાન: અગर આપકી ભાષા હિંદી હૈ, તો આપકે લિખે ભાષા સહાયતા સેવાએ નિઃશુદ્ધ ઉપલબ્ધ હોય। 1-855-216-3144 (TTY: 711) પર કોલ કરો।

Laotian: ໄດຊາບ:ຖືກວ່າທ່ານເວັ້ນພາສາລາວ,ກາງນິ້ນການຊ່ວຍເຫຼີມໆອດຕັ້ງພາສາ,ໄດ້ລຶ່ມແຈ້ງຄ່າ,ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.ໂທດ 1-855-216-3144(TTY:711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-216-3144 (телефон: .)711

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-216-3144 (TTY:711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-216-3144 (TTY: 711).

Turkish: DİKKAT: Eğer Türkçe konuşuyorsanız, dil yardım hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-855-216-3144 (TTY: 711) irtibat numaralarını arayın.

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-216- 3144 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-216-3144 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。