

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos  
**BCBS of MN - Coupe Health**

**Período de cobertura: 01/01/2026 - 12/31/2026**  
**Cobertura: Individual + Familiar** **Tipo de plan: PPO**



El Resumen de beneficios y cobertura (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: Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado  [prima](#)) por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame a su valet de Coupe Health al 1-833-749-1969 o visítenos en [coupehealth.com](http://coupehealth.com). Términos generales y definiciones comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación por saldos](#), [coseguro](#), después del [deductible](#) general, [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#), o de otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 1-833-749-1969 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas		Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deductible</a> general?	Nivel 1-3 Dentro de la red \$0	Nivel 4 Fuera de la red \$0	No hay deductible general para este plan.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el <a href="#">deductible</a> ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Sí. Sin <a href="#">deductible</a> general por año calendario.	Nivel 4 Fuera de la red Sí. No hay <a href="#">deductible</a> general por año calendario	No hay deductible general para este plan. Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos sin costos compartidos</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deductibles</a> para servicios específicos?	No.		No tiene que alcanzar un <a href="#">deductible</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Empleado \$2,000 Familiar \$4,000	Nivel 4 Fuera de la red Ilimitado	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total. El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para los niveles 1, 2 y 3 se aplica de manera conjunta.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación del saldo</a> , atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre, <a href="#">costos compartidos</a> para la mayoría de los beneficios fuera de la red y penalidades por certificación previa.		Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si lo atiende un <u>proveedor dentro de la red?</u>	Sí. Visite <a href="http://coupehealth.com">coupehealth.com</a> o llame al 1-833-708-0438 para obtener una lista de <u>proveedores de red</u> .	Este <u>plan</u> usa una red de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro la red 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> pagaría ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar a 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 ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de copagos y coseguros de este cuadro se aplican después de alcanzar su deductible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de <u>copago</u>	\$25 de <u>copago</u>	\$40 de <u>copago</u>	No está cubierto	Doctor on Demand \$0 de <u>copago</u> ; se exige certificación previa para algunos medicamentos administrados por el <u>proveedor</u> ; sin certificación previa, no hay beneficios.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$35 de <u>copago</u>	\$45 de <u>copago</u>	\$75 de <u>copago</u>	No está cubierto	
	<u>Atención preventiva/examen médico/vacunas</u>	Sin cargo			No está cubierto	Llame a Coupe Health Valet al 1-833-749-1969. Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagaría.
<b>Si se hace una prueba</b>	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	\$50 de <u>copago</u> (laboratorio de diagnóstico y rayos X)	\$65 de <u>copago</u> (laboratorio de diagnóstico y rayos X)	\$110 de <u>copago</u> (laboratorio de diagnóstico y rayos X)	No está cubierto	Los costos incluyen los cargos del centro médico y del <u>médico</u> ; puede exigirse certificación previa para algunos servicios; sin certificación previa, no se dan beneficios. Las pruebas de laboratorio de rutina cubiertas en el nivel 1 cuestan \$10, en el nivel 2 cuestan \$15 y en el nivel 3 cuestan \$25. No se aplica <u>deductible</u> .
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$170 de <u>copago</u>	\$230 de <u>copago</u>	\$380 de <u>copago</u>	No está cubierto	Se exige certificación previa; sin certificación previa, los beneficios no estarán disponibles.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición  Puede encontrar más información sobre <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">coupehealth.com</a>	Nivel 1: genérico preferido	\$5 de <a href="#">copago</a> (farmacia) \$15 de <a href="#">copago</a> (pedido por correo)			No está cubierto	Se exige certificación previa para ciertos medicamentos; sin certificación previa, no se dan beneficios. Los beneficios listados corresponden a un suministro para 30 días en farmacias retail y un suministro para 90 días por correo; se permite un suministro de mantenimiento de 31 - 90 días en farmacias con un copago por cada suministro de 30 días. Los medicamentos especializados solo están disponibles con un suministro para 30 días de un <a href="#">medicamento especializado</a> de un proveedor dentro de la red.
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)	\$25 de <a href="#">copago</a> (farmacia) \$75 de <a href="#">copago</a> (envío por correo)			No está cubierto	
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$15 de <a href="#">copago</a> (farmacia) \$45 de <a href="#">copago</a> (pedido por correo)			No está cubierto	
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$25 de <a href="#">copago</a> (farmacia) \$75 de <a href="#">copago</a> (envío por correo)			No está cubierto	
	Nivel 5 ( <a href="#">medicamentos especializados</a> )	\$30 de <a href="#">copago</a> (pedido por correo)			No está cubierto	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$550 de <a href="#">copago</a>	\$740 de <a href="#">copago</a>	\$1,235 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro médico y de los <a href="#">médicos</a> asociados con servicios ambulatorios y quirúrgicos; se puede exigir certificación previa; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles.
	Cargos del médico/cirujano	Sin cargo			No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y los médicos asociados a los servicios de emergencias médicas; los servicios se aplican a los niveles 1-3 del <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a>
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	\$325 de <a href="#">copago</a>	Los servicios se aplican a los niveles 1-3 del <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a>
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$45 de <a href="#">copago</a>	\$45 de <a href="#">copago</a>	\$45 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	Ninguna
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$1,035 de <a href="#">copago</a>	\$1,380 de <a href="#">copago</a>	\$2,000 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y de los médicos asociados a los servicios para pacientes hospitalizados; se exige certificación previa; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles.
	Cargos del médico/cirujano	Sin cargo			No está cubierto	Ninguna

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [coupehealth.com](#)

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 de <a href="#">copago</a>	\$25 de <a href="#">copago</a>	\$40 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen los cargos del centro y los médicos; se exige certificación previa para servicios intensivos para pacientes ambulatorios, <a href="#">hospitalización</a> parcial y <a href="#">hospitalización</a> total; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles	
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$1,035 de <a href="#">copago</a>	\$1,380 de <a href="#">copago</a>	\$2,000 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto		
<b>Si está embarazada</b>	Visitas en el consultorio	Sin cargo			No está cubierto	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> para los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio, podría aplicarse un <a href="#">copago</a> , un <a href="#">coseguro</a> o un <a href="#">deductible</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ecografía); el cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y de los médicos asociados con los servicios de maternidad; se exige certificación previa para algunos servicios de hospital; sin certificación previa, no hay beneficios; después del parto, no se cobra un <a href="#">copago</a> por separado para el recién nacido si se trata de una estancia de bebé sano. Si se trata de una estancia en la NICU o de una estancia de un recién nacido enfermo, habrá un <a href="#">copago</a> aparte para pacientes hospitalizados y la fecha del servicio generalmente es la fecha de inicio en la NICU.	
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Sin cargo			No está cubierto		
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	\$1,035 de <a href="#">copago</a>	\$1,380 de <a href="#">copago</a>	\$2,000 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto		
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<a href="#">Atención médica en casa</a>	\$35 de <a href="#">copago</a>	\$45 de <a href="#">copago</a>	\$75 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles; los beneficios también están disponibles para los servicios de infusión en casa.	
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$35 de <a href="#">copago</a>	\$45 de <a href="#">copago</a>	\$75 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	Ninguna	
	<a href="#">Servicios de habilidad</a>	\$35 de <a href="#">copago</a>	\$45 de <a href="#">copago</a>	\$75 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)</b>	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$930 de <a href="#">copago</a>	\$1,240 de <a href="#">copago</a>	\$2,000 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	Limitado a 120 días por miembro por año calendario; se exige certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$75 de <a href="#">copago</a>	\$100 de <a href="#">copago</a>	\$170 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles.
	<u>Servicios de hospicio</u>	\$185 de <a href="#">copago</a>	\$245 de <a href="#">copago</a>	\$410 de <a href="#">copago</a>	No está cubierto	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo		No está cubierto	Llame a su Coupe Health Valet at 1-833-749-1969	
	Anteojos para niños	No está cubierto			No está cubierto; el miembro paga el 100%	
	Control dental para niños	No está cubierto			Llame a su Coupe Health Valet at 1-833-749-1969	

## 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.)**

- |                            |                                |                                 |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| • Cirugía cosmética        | • Atención de largo plazo      | • Cuidado de los pies de rutina |
| • Atención dental (adulto) | • Programas para bajar de peso | • Enfermería privada            |

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| • Acupuntura (limitada a un máximo de 20 visitas por miembro por año calendario únicamente para categorías de diagnóstico de la póliza médica) | • Tratamiento de infertilidad (limitado a un máximo combinado de medicamentos con receta y médicos de por vida de \$25,000) | • Aparatos auditivos (se aplican limitaciones) |
| • Cirugía bariátrica   | • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.   | • Atención de la vista de rutina (adulto)      |
| • Atención quiropráctica   |   |  |

**Su derecho a mantener la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo (Department of Labor), llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa> o puede llamar al administrador de su plan al número de teléfono que figura en su manual de beneficios. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de seguros, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja formal o una apelación:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama 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 a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con El administrador de su plan, llamando al número de teléfono que está en su manual de beneficios. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU., llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>.

**¿Da este plan 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 otras coberturas. Si es elegible para obtener 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 los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por las primas que lo ayudará a pagar un plan mediante el Mercado de seguros.

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

## 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 serán diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos](#) compartidos ([deductibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de 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)

■ <a href="#">Deductible general del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago por especialista</a>	\$35
■ <a href="#">Copago por hospital (centro)</a>	\$1,035
■ <a href="#">Otro copago</a>	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento 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 de diagnóstico](#) ([ultrasonidos](#) y [análisis de sangre](#))

Visita al [especialista](#) ([anestesia](#))

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$1,600
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,660

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <a href="#">Deductible general del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago por especialista</a>	\$35
■ <a href="#">Copago por hospital (centro)</a>	\$1,035
■ <a href="#">Otro copago</a>	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) ([incluyendo educación sobre enfermedades](#))

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

Medicamentos con receta

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$740

### Fractura simple de Mia

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

■ <a href="#">Deductible general del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago por especialista</a>	\$35
■ <a href="#">Copago por hospital (centro)</a>	\$1,035
■ <a href="#">Otro copago</a>	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) ([incluyendo suministros médicos](#))

[Pruebas de diagnóstico](#) ([radiografías](#))

[Equipo médico duradero](#) ([muletas](#))

[Servicios de rehabilitación](#) ([fisioterapia](#))

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,300

Nota: Estas cantidades son para pacientes que no participan en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con [coupehealth.com](#).

## Aviso de no discriminación y accesibilidad

En Coupe Health, tratamos a todos de manera justa. No lo excluimos ni lo tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, país de origen, edad, estado de discapacidad o sexo (incluyendo la orientación sexual; las características sexuales, incluyendo los rasgos intersexuales; el embarazo o condiciones relacionadas; la identidad de género y los estereotipos sexuales). Cumplimos las leyes federales de derechos civiles y no discriminamos a nadie por estos rasgos.

Si se comunica mejor en un idioma distinto del inglés, puede solicitar servicios gratis de asistencia lingüística.

Si tiene alguna discapacidad visual, auditiva o del habla, podemos comunicarnos de la manera que mejor se adapte a usted. Esto puede incluir el uso de intérpretes de lenguaje de señas, documentos en letra grande o en Braille, grabaciones de audio u otras ayudas sin cargo.

**¿Necesita estos servicios?** Llame al **1-833-749-1969 TTY: 711**.

### La discriminación es ilegal

Si no le prestamos servicios o lo discriminamos de otra manera por su raza, color, país de origen, edad, estado de discapacidad o sexo (incluyendo la orientación sexual; las características sexuales, incluyendo los rasgos intersexuales; el embarazo o condiciones relacionadas; la identidad de género y los estereotipos sexuales), puede presentar una queja ante nuestro coordinador de derechos civiles.

Los formularios de quejas por discriminación y la ayuda para completar el formulario están disponibles llamando al **1-833-749-1969** (TTY: **711**) o enviando un email a [HealthValet@coupehealth.com](mailto:HealthValet@coupehealth.com).

Envíe el formulario completo por email a [Civil.Rights.Coord@coupehealth.com](mailto:Civil.Rights.Coord@coupehealth.com) o por correo a:

Coupe Health  
ATTN: Civil Rights Coordinator P3-2  
PO Box 64560  
Eagan, MN 55164-0560

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)

- electrónicamente mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
- por correo: U.S. Department of Health and Human Services,  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
- o por teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas sobre derechos civiles están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

Visite [coupehealth.com](http://coupehealth.com) e inicie sesión en su portal para miembros para ver una versión electrónica de este aviso.

## **ENGLISH**

ATTENTION: If you speak a language other than English, language services are available free of charge. If you have a vision, hearing, or speech impairment, we can communicate in a way that works best for you. This may include using sign language interpreters, providing documents in large print or Braille, audio recordings, or other aids at no charge. Call 1-833-749-1969 (TTY 711).

## **ESPAÑOL (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla Español, puede solicitar servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si tiene una deficiencia visual, auditiva o del habla, podemos comunicarnos de la manera que le resulte mejor a usted. Esto puede incluir el uso de intérpretes de lengua de señas, el suministro de documentos en letra grande o braille, grabaciones de audio u otras ayudas sin cargo. Llame al 1-833-749-1969 (TTY 711).

## **(Arabic)**

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، يمكنك طلب خدمات المساعدة اللغوية المجانية. إذا كنت تعاني من إعاقة بصرية أو سمعية أو نطقية، يمكنك التواصل معك بالطريقة التي تناسبك. وقد يشمل ذلك استخدام مترجمين للغة الإشارة، أو توفير المستندات بحروف كبيرة أو بطريقة برail، أو تسجيلات صوتية، أو غيرها من الوسائل المساعدة من دون مقابل. اتصل على الرقم 1-833-749-1969 (الهاتف النصي 711).

## **አማርኛ (Amharic)**

ትኩረት ይስታ፡ - አማርኛ ቁንቃ የሚኖሩ ካሆናል፡ እኔ የቁንቃ እንደ  
አገልግሎቶችን መጠቀም ይችላለ፡፡ የሚኖሩ፡ የሚሰጣት መይም  
የሚኖሩ ቅዱ ካለበት ለእረጋዊ በተሳሳይ በሚሸራው መገኘቱ  
መገባዎች እንቂለን፡፡ ይህ ደንብ የሚፈለት ቁንቃ  
አስተዳደርማችን መጠቀምና፡ በተለለው ቤተመቅት መይም  
በበኩድ የተወቃ ስነወቃ፡፡ የዚምዕስ ቅዱወችን መይም ለጠቃቄ  
መረጃወችን የላ ካፍኝ ማቅረብን ይጠየሙ፡፡ 1-833-749-1969  
(TTY 711) ለይ ይመስላ፡፡

## **LUS HMOOB (Hmong)**

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob, koj tuaj yeem thov cov kev pab cuam uas pab hom lus tau dawb. Yog hais tias koj qhov muag tsis pom kev zoo, tsis hnov lus, los sis hais tsis tau lus, peb tuaj yeem sib txuas lus hauv ib txoj hau kev uas ua hauj lwm tau zoo tshaj plaws rau koj. Qhov no tej zaum yuav muaj xam nrog kev siv cov neeg txhais lus piav tes, kev muab cov ntaub ntawv luam tawm ua tus ntawv loj los sis Ua Ntawv Su Rau Cov Neeg Tsis Pom Kev Siv Tau (Braille), kev kaw ua suab lus, los sis lwm yam kev pab yam tsis tau them nqi. Hu rau 1-833-749-1969 (TTY 711).

## **廣東話 (Cantonese – Traditional Chinese)**

請注意：如果您說 廣東話 您可要求免費語言協助服務。如果您有視力、聽力或言語障礙，我們會以最適合您的方式與您溝通 這可能包括使用手語傳譯員、免費提供大字體或點字文件、錄音或其他輔助工具。請致電 1-833-749-1969 聽障熱線 (TTY 711)。

## **简体中文 (Chinese Simplified)**

注意：如果您说普通话，则可以免费申请语言协助服务。 如果您有视力、听力或语言障碍，我们可以用最适合您的方式与您交流。这可能包括免费提供手语翻译、大字体或盲文文件、录音或其他辅助工具。请致电 1-833-749-1969（文字电话 711）。

## **SOOMALI (Somali)**

XASUUSIN: Haddii aad ku hadasho Soomali, waxaad codsan kartaa adeegyada caawimaadda luqada oo bilaash ah. Haddii aad laxaad la'aan kataahy aragga, maqalka, ama hadalka, waxaanu kugula xidhiidhi karnaa habka adiga kuugu habboon. Tan waxaa ka mid ah in aan isticmaalno turjumaanada luuqada dhigoolaha, in la bixiyo waraaqo ku qoran xarfaha waaweyn ama qoraalka indhoolayaasha, in la sameeyo cajalado la duubay, ama in la helo waxyabo kale oo caawimaad ah oo bilaash ah. Wac 1-833-749-1969 (TTY 711).

## **FRANÇAIS (French)**

ATTENTION : Si vous parlez Français, vous pouvez demander des services d'assistance linguistique gratuits. Si vous avez une déficience visuelle, auditive ou vocale, nous pouvons communiquer de la manière qui vous convient le mieux. Il peut s'agir d'interprètes en langue des signes, de documents en gros caractères ou en braille, d'enregistrements audio ou d'autres aides gratuites. Composez le 1-833-749-1969 (ATS 711).

## **ខ្មែរ (Khmer)**

ការដឹងជំនើយ៖ ប្រសិទ្ធភីអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ អ្នកអាជ  
ត្រីសំសៀវភៅជំនួយបកប្រភាសាទោយព័ត៌មានថ្មី។  
ប្រសិទ្ធភីអ្នកជិលមិនយើង ស្ថាប័ណ្ណ<sup>១</sup>  
ប្រើបាយមិនបាន យើងអាចប្រាស់យទាត់ទងជាមួយ  
អ្នកភាពរបៀបដោយដែលមានប្រសិទ្ធភាពលូបផ្តុក  
សម្រាប់អ្នក។ ការប្រាស់យទាត់ទងនេះអាចមានផ្តល់  
អ្នកបកប្រភាសាស្ថ្ងោ ការផ្តល់ជកសារដែលបានពិនិត្យ  
អ្នកប្រាស់យទាត់ទង ប្រើបាយព័ត៌មានថ្មី ប្រើបាយ  
ដោយព័ត៌មានថ្មី ទូរសព្ទទៅលើខ្លួន  
1-833-749-1969 (TTY 711)<sup>២</sup>

## **한국어 (Korean)**

주의: 한국어를 사용하시는 경우 귀하는 무료 언어 지원 서비스를 요청하실 수 있습니다. 시각 장애, 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 경우 저희는 귀하에게 가장 적합한 방법으로 연락을 드릴 수 있습니다. 여기에는 수화통역사 이용, 대형 활자 또는 점자로 작성된 문서 제공, 음성 녹음 또는 기타 무료 지원이 포함될 수 있습니다. 1-833-749-1969 (TTY 711) 번으로 전화하십시오.

## ကဗျိုလ် (Karen)

ဟန့်သူ့ဟန့်သူ့- နမ်းကတိ၊ ကဗျိုလ် နှံ၊  
နယ့်ကြိုဂုံးရိတ်တိစာမာစာလာတလော်ဘူးလဲ သုန္တုလီ။  
နမ်းအိုဒီးတ်တလောတပွဲလာ မ်းတ်ထံ့၊ တ်န်ဟူး၊ မူတမ်း  
တ်စံ့ကတ်တ်နှံး ပဆဲးကျေဆဲးကျိုးတ်လာ  
ကျဲကဲတို့လို့တို့အဂ္ဂကတ်လာနှင့်သုန္တုလီ။ တ်အံ့၊  
ပုံ့ယ်ဒီး တ်စုံကါးနှင့်ကြိုဂုံးအပျောက်ထံ့တ်တဖ်း၊  
တ်ဟူးသံ့လံ့တဖ်းလာ အလံ့ဖျော်ဖံ့ုံး၊ မူတမ်း  
ပူးမော်သူ့အလံ့၊ တ်ကလုံး၊ မူတမ်း တ်မာစာမာဂောတဖ်း  
လာတလော်အဘူးလဲန္တုလီ။ ကိုလီတဲ့စူး  
1-833-749-1969 (TTY 711) တက္ကား။

## မြန်မာဘာသာ (Burmese)

သတိပြုရန်- သင်သည် မြန်မာဘာသာ စကားကို ပြောပါက၊  
အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူးအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို  
တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် အမြင်အာရုံး အကြားအာရုံး  
သို့မဟုတ် စကားပြောခြင်း ချို့ယွင်းမှုရှိနေပါက သင့်အတွက်  
အသင့်လျော်ဆုံးဖြစ်မည့်နည်းလမ်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံ့သို့  
ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ငှင့်တွင် လက်ဟန်ပြာဘာသာစကား  
စကားပြန်များကို အသုံးပြုခြင်း၊ စာရွက်စာတမ်းများကို  
ပုံ့နှိပ်စာလုံးကြီးများ သို့မဟုတ် မျက်မမြင်စာဖြင့် ပုံ့ပိုးပေးခြင်း  
အသုံးပြန်များ သို့မဟုတ်  
အခြားအထောက်အကူးများဖြင့် အခမဲ့ပုံ့ပိုးပေးခြင်းတို့  
ပါဝင်ပါသည်။ 1-833-749-1969

(TTY 711) သို့ ဖုန်းခေါ်ခိုပါ။

## OROMOO (Oromo)

Xiyyeeffannoona haan kennamu:- Oromo Afan kan  
dubbatan yoo ta'e, tajaajiloota gargaarsa afaanii  
bilisaa gaafachuu ni dandeessu. Rakkoo ilaaluu,  
dhaga'u ykn dubbachuu yoo qabaattan, karaa isiniif  
mijatuun haala isiniif galuun mari'achuu ni  
dandeenya. Kunis of keessatti kan qabatu, hiiktota  
afaan mallattoo fayyadamuun maxxansa gurguddaa  
ykn bireeylli, waraabbiwwan sagalee ykn gargaarsota  
biroo kaffaltii tokkoo malee gaafachuu dha.  
1-833-749-1969 (TTY 711) irratti bilbilaa.

## РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если ваш язык — РУССКИЙ, вы можете запросить бесплатные услуги языковой поддержки. Если у вас есть нарушение зрения, слуха или речи, мы можем общаться таким образом, который лучше всего подходит вам. Это может включать бесплатное использование переводчиков на языке жестов, предоставление документов крупным шрифтом или шрифтом Брайля, использование аудиозаписей или других вспомогательных средств. Звоните по телефону 1-833-749-1969 (TTY 711).

## ລາວສາວາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້ວ່າ ລາວສາວາວ,  
ທ່ານຮາມາດຂໍບໍ່ເກີນຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດ້ໂດຍບໍ່ແສຍຄ່າ.  
ຖ້າທ່ານມີຄວາມປົກຜ່ອງດ້ານຮາຍຕາ, ການໄດ້ຢືນ ຫຼື  
ການປາກເວົ້ວ່າ,  
ພວກເຮົາຮາມາດສໍ້ສານດ້ວຍວິທີທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານທີ່ສຸດ.  
ອັນນີ້ອາດຈະວ່າມາດີການໃຊ້ໜ້າລາຍພາສາມີ,  
ການລັດຖາມເອກະສານເບັນໄຕຜົມໃຫຍ່ ຫຼື ອັກສອນນູນ,  
ການບັນຫຼັກສັງ ຫຼື  
ການຈ່ວຍເຫຼືອດ້ານສ້ອນງໂດຍບໍ່ແສຍຄ່າໃຊ້ລ່າຍໃດໆ. ໂທ  
1-833-749-1969 (TTY 711).

## Tagalog (Tagalog)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang humingi ng mga libreng serbisyo na tulong sa wika. Kung may kapansanan ka sa paningin, pandinig, o pananalita, maaari tayong mag-usap sa paraan na pinakamabuti para sa iyo. Maaaring kabilang dito ang paggamit ng mga interpreter ng sign language, pagbibigay ng mga dokumento na malalaki ang pagkaprinta o Braille, mga audio recording, o iba pang mga tulong nang walang bayad. Tumawag sa 1-833-749-1969 (TTY 711).

## VIETNAMESE (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Vietnamese, quý vị có thể yêu cầu dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Nếu quý vị bị khiếm thị, khiếm thính hoặc khuyết tật về âm ngữ, chúng tôi có thể giao tiếp theo cách phù hợp nhất với quý vị. Điều này có thể bao gồm việc sử dụng thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu, cung cấp tài liệu dạng bản in cỡ chữ lớn hoặc chữ nổi, bản ghi âm hoặc các phương tiện hỗ trợ khác miễn phí. Xin gọi số 1-833-749-1969 (TTY 711).