

Highlights of your Health Care Coverage

(BHT) BUSINESS HEALTH TRUST

Effective Date: 07/01/2020

Any deductibles, copays, and coinsurance percentages shown are amounts for which you're responsible.
 Medical Benefits apply after the calendar-year deductible is met unless otherwise noted, or if the cost share is a copay.

MEDICAL PLAN		HSA 1500	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	
MEDICAL COST SHARE OPTIONS			
Individual Deductible PCY (Family aggregate deductible 2x Individual)	\$1,500/\$3,000	Shared with In-Network	
Coinsurance (Member's percentage of costs after deductible based on allowable charges)	20%	50%	
Individual Out of Pocket Maximum PCY, includes deductible, coinsurance, copay and pharmacy if applicable (Family embedded OOP max 2X Individual)	\$6,500 / \$13,000	Unlimited	
Office Visit Cost Share	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
PREVENTIVE CARE OPTIONS AND HEALTH EDUCATION			
Preventive Office Visit (Unlimited, subject to standard medical guidelines)	Covered In Full	Not Covered	
Immunizations (Unlimited, subject to standard medical guidelines)	Covered In Full	Not Covered	
Health Education (HE) (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered	
Nicotine Dependency Programs (ND) (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered	
Diabetes Health Education (DE) (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered	
PROFESSIONAL CARE			
Professional Office Visit (Includes TeleMedicine)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	

MEDICAL PLAN		HSA 1500
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Inpatient Professional Services	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Contraceptive Management Services (Unlimited)	Covered In Full	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
VIRTUAL CARE - ON DEMAND		
Virtual Care - General Medical/ Dermatology (Voice/Video)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Not Applicable
DIAGNOSTIC SERVICE OPTIONS		
Preventive Professional Diagnostic Imaging and Laboratory Services - Including Mammogram and PAP/PSA	Covered In Full	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Other Professional Diagnostic Imaging	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Professional Diagnostic Major Imaging	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Other Professional Diagnostic Laboratory/Pathology	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Diagnostic Mammography	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
FACILITY CARE OPTIONS		
Inpatient Facility	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Outpatient Surgery Facility	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Skilled Nursing Facility (60 days PCY; includes room and board, and facility billed professional and ancillary fees)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Hospice Inpatient Facility (10 days Inpatient; within the 6 month lifetime maximum)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
PREMERA DESIGNATED CENTERS OF EXCELLENCE		

MEDICAL PLAN		HSA 1500	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	
Centers of Excellence Packaged Services (Eligible Services Include: Total Joint Replacement (Knee & Hip Replacement))	\$1,500/\$3,000 Deductible, 0% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Covered as any other service	
Travel and Care Coordination (Limited to IRS Guidelines)	\$1,500/\$3,000 Deductible, 0% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Not Covered	
EMERGENCY CARE AND TRANSPORTATION OPTION			
Emergency Care	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	
Emergency Room Physician	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	
Urgent Care Center	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Ambulance Transportation (Unlimited)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	
Air Ambulance (Unlimited)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	
OTHER SERVICES			
Allergy/Therapeutic Injections	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Mental Health Inpatient Facility Care (Unlimited)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Mental Health Outpatient Professional Care (Unlimited)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Telemedicine - Mental Health	Subject to Mental Health Outpatient Professional Care In-Network Cost Share	Not Applicable	
Chemical Dependency Inpatient Facility Care (Unlimited)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Chemical Dependency Outpatient Professional Care (Unlimited)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	

MEDICAL PLAN		HSA 1500
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Rehab Inpatient Facility (30 Days PCY combined limit for inpatient services)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Rehab Outpatient Care, Including Physical, Occupational, Speech and Massage Therapy, and Chronic Pain (15 Visits PCY combined limit for outpatient services)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Rehab Outpatient Care Chronic Conditions, Including Cardiac, Pulmonary Rehab, and Cancer	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Medical Supplies, Equipment, Prosthetics (Unlimited)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Foot Orthotics, Orthopedic Shoes and Accessories (\$300 PCY; Includes orthotics and orthopedic shoes)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Home Health Visits (130 visits PCY)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Hospice Care (Hospice Home Visits: Unlimited; Respite: 240 hours; within the 6 month lifetime maximum)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
TMJ (Temporomandibular Joint Disorders) (Unlimited (Medical and Dental services - Medical and Dental cost shares based on type of service))	Covered as any other service	Covered as any other service
Transplants (Unlimited; \$7,500 travel and lodging limits)	Covered as any other service	Not Covered
Drug List	Open A1 No Tiers	Open A1 No Tiers
Prescription Drugs - Retail (Specific preventive drugs and legend Retail: 90 day supply/Mail: 90 day supply/Specialty: 30 day supply)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to the \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to the \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum
Prescription Drugs - Mail (Specific preventive drugs and legend Retail: 90 day supply/Mail: 90 day supply/Specialty: 30 day supply)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to the \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Not Covered
Specialty Pharmacy (Mandatory - Exclusive)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to the \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Not covered
ALTERNATIVE CARE		
Manipulations (Spinal and other) (12 visits PCY)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum

MEDICAL PLAN		HSA 1500	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	
Acupuncture (12 visits PCY)	\$1,500/\$3,000 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,500 / \$13,000 Out of Pocket Maximum	Shared with In-Network Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
ANNUAL PLAN MAXIMUM			
Annual Plan Maximum	Unlimited	Unlimited	

Prior Authorization is required for many services to be covered. For more information please refer to your benefit booklet.

PCY = Per Calendar Year. Balance billing may apply if a provider is not contracted with Premera Blue Cross. Members are responsible for amounts in excess of the allowable charge.

This is not a complete explanation of covered services, exclusions, limitations, reductions or the terms under which the program may be continued in force. This benefit highlight is not a contract. For full coverage provisions, including a description of waiting periods, limitations and exclusions please contact Customer Service.

Discrimination is Against the Law

Prisma Blue Cross complies with applicable Federal and state laws and does not discriminate on the basis of race, national origin, age, disability, or sex. Prisma does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in formats large print, audio, accessible electronic formats, other formats.
- Provides language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Communication in written languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that Prisma has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint with the Civil Rights Coordinator, Compliance and Appeals, 700 Blue Hill, Suite 400, Seattle, WA 98101. TTY: 800-642-6367. You file 800-332-8834, Fax 425-939-1100, TTY: 800-642-6367. Email: App.Discrimination@Prisma.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at www.hhs.gov/ocr/ocomplaintportal/, or by first mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7837 (TDD). Complaint forms are available at: www.hhs.gov/officeforcivilrights/index.html

Getting Help in Other Languages

This notice has important information. This notice may have important information about your qualifications or coverage through Prisma Blue Cross. Please make sure you understand this notice. If you need help, please contact the person listed below. We can help you understand this notice in your language or help with costs. You have the right to get this information in your language at no cost. Call 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367).

한국어 (Korean)
Prisma Blue Cross의 건강 보험 혜택에 대한 이 통지에는 귀하에게 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지를 이해하지 못하거나 이해하는 데 도움이 필요하시면, 아래에 있는 사람과 연락하십시오. 우리는 귀하의 언어로 이 통지를 설명해 줄 수 있습니다. 이 통지를 이해하는 데 도움이 필요하시면, 비용 없이 이 통지를 귀하의 언어로 받아볼 수 있습니다. 전화: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367).

العربية (Arabic)
هذه المذكرة تحتوي على معلومات هامة. قد تحتوي هذه المذكرة على معلومات هامة تتعلق بصلاحيتك أو تغطيتك من خلال شركة بريميرا بلو كروس. يرجى التأكد من فهمك لهذه المذكرة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى الاتصال بالشخص المدرج أدناه. يمكننا مساعدتك على فهم هذه المذكرة بلغة أمك. يمكننا أيضًا مساعدتك على فهم هذه المذكرة دون تكلفة. اتصل بـ 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367).

中文 (Chinese)
本通知含有重要資訊。本通知可能含有關於您的資格或保單的重要資訊。請確保您了解本通知。如果您需要協助，請與下列人員聯絡。我們能以您的語言解釋本通知。我們也可以免費為您提供本通知的語言版本。請電：800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

日本語 (Japanese)
この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、Prisma Blue Crossの健康保険の資格や被保険範囲に関する重要な情報が含まれている可能性があります。この通知を理解できない場合は、以下の連絡先と連絡してください。私たちはあなたの言語でこの通知を説明することができます。また、この通知のコピーを無料で提供することもできます。電話：800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

한국어 (Korean)
이 통지에는 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지에는 Prisma Blue Cross의 건강 보험 혜택에 대한 중요한 정보가 포함되어 있을 수 있습니다. 이 통지를 이해하지 못하거나 이해하는 데 도움이 필요하시면, 아래에 있는 사람과 연락하십시오. 우리는 귀하의 언어로 이 통지를 설명해 줄 수 있습니다. 이 통지를 이해하는 데 도움이 필요하시면, 비용 없이 이 통지를 귀하의 언어로 받아볼 수 있습니다. 전화: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

ภาษาไทย (Thai)
การแจ้งเตือนนี้มีความสำคัญ โปรดอ่านการแจ้งเตือนนี้ให้ละเอียด การแจ้งเตือนนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณสมบัติของคุณหรือการคุ้มครองของคุณผ่าน Prisma Blue Cross โปรดตรวจสอบว่าคุณเข้าใจการแจ้งเตือนนี้หรือไม่ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อผู้ติดต่อด้านล่าง เราสามารถช่วยคุณในการทำความเข้าใจการแจ้งเตือนนี้ในภาษาของคุณได้ นอกจากนี้ เรายังสามารถช่วยคุณในการเข้าถึงการแจ้งเตือนนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทร: 800-722-1471 (TTY: 800-642-6367)。

Overview (Czech)

Prisma Blue Cross poskytuje zdravotní služby. Poskytnutí těchto služeb poskytujeme všem lidem Prisma Blue Cross bez ohledu na rasu, národnost, věk, zdravotní stav, handicap, nebo pohlaví. Prisma Blue Cross nevykládá a neobslužuje lidi na základě ras, barvy pleti, národnosti, věku, zdravotního stavu, nebo pohlaví.

- Poskytujeme bezplatné služby a pomůcky lidem se zdravotním handicapem, aby se mohli efektivněji s námi komunikovat, například:
 - Kvalifikované tlumočnické služby
 - Informační materiály v různých formátech: velký formát, audio, přístupné elektronické formáty, jiné formáty.
- Poskytujeme jazykové služby lidem, jejichž mateřským jazykem není angličtina, například:
 - Kvalifikované tlumočnické služby
 - Komunikace v písemných jazycích

Pro více informací se obraťte na koordinátora občanských práv.

Pokud si myslíte, že Prisma Blue Cross neplní své povinnosti podle zákona, můžete se obrátit na koordinátora občanských práv, oddělení pro občanské právo, 700 Blue Hill, Suite 400, Seattle, WA 98101. TTY: 800-642-6367. Můžete také zavolat na 800-332-8834, faxovat na 425-939-1100, nebo TTY na 800-642-6367. E-mail: App.Discrimination@Prisma.com

Vous pouvez déposer une plainte en personne, par courrier, fax ou e-mail. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte, le coordinateur des droits civiques est disponible pour vous aider. Vous pouvez également déposer une plainte avec le Département de la Santé et des Services Humains, Bureau du coordinateur des droits civiques, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7837 (TDD). Les formulaires de plainte sont disponibles à l'adresse: www.hhs.gov/officeforcivilrights/index.html

Deutsch (German)

Prisma Blue Cross bietet Gesundheitsleistungen an. Wir leisten diese Leistungen allen Menschen Prisma Blue Cross, unabhängig von ihrer Rasse, ihrem Alter, ihrer Nationalität, ihrem Gesundheitszustand, ihrer Behinderung oder ihrem Geschlecht. Prisma Blue Cross diskriminiert und behandelt keine Menschen aufgrund ihrer Rasse, ihres Alters, ihrer Nationalität, ihres Gesundheitszustands, ihrer Behinderung oder ihres Geschlechts. Wir bieten Ihnen kostenlose Sprachdienste an, wenn Sie nicht Englisch sprechen. Wir bieten Ihnen auch kostenlose Dolmetschleistungen an, wenn Sie nicht Englisch sprechen. Wir bieten Ihnen auch kostenlose Schriftsprache in anderen Sprachen an.

- Wir bieten kostenlose Sprachdienste an, wenn Sie nicht Englisch sprechen, zum Beispiel:
 - Qualifizierte Dolmetscherleistungen
 - Schriftliche Informationen in anderen Formaten: Großdruck, Audio, barrierefreie elektronische Formate, andere Formate.
- Wir bieten kostenlose Sprachdienste an, wenn Sie nicht Englisch sprechen, zum Beispiel:
 - Qualifizierte Dolmetscherleistungen
 - Kommunikation in anderen Sprachen

Wenn Sie diese Dienste benötigen, wenden Sie sich an den Koordinator für Bürgerrechte. Wenn Sie glauben, dass Prisma Blue Cross diese Dienste nicht bereitstellt oder Sie auf andere Weise diskriminiert, können Sie eine Beschwerde einreichen. Sie können dies tun, indem Sie sich an den Koordinator für Bürgerrechte wenden, Compliance und Beschwerdebearbeitung, 700 Blue Hill, Suite 400, Seattle, WA 98101. TTY: 800-642-6367. Sie können auch anrufen unter 800-332-8834, Fax unter 425-939-1100, oder TTY unter 800-642-6367. E-Mail: App.Discrimination@Prisma.com

Vous pouvez déposer une plainte en personne, par courrier, fax ou e-mail. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte, le coordinateur des droits civiques est disponible pour vous aider. Vous pouvez également déposer une plainte avec le Département de la Santé et des Services Humains, Bureau du coordinateur des droits civiques, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7837 (TDD). Les formulaires de plainte sont disponibles à l'adresse: www.hhs.gov/officeforcivilrights/index.html

Prisma Blue Cross provides health services. We provide these services to all people Prisma Blue Cross, regardless of their race, age, national origin, health status, disability, or sex. Prisma Blue Cross does not discriminate and does not treat people differently because of their race, color, national origin, age, health status, or sex.

- We provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in formats large print, audio, accessible electronic formats, other formats.
- We provide language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Communication in written languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Prisma has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint with the Civil Rights Coordinator, Compliance and Appeals, 700 Blue Hill, Suite 400, Seattle, WA 98101. TTY: 800-642-6367. You file 800-332-8834, Fax 425-939-1100, TTY: 800-642-6367. Email: App.Discrimination@Prisma.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at www.hhs.gov/ocr/ocomplaintportal/, or by first mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7837 (TDD). Complaint forms are available at: www.hhs.gov/officeforcivilrights/index.html

Vous pouvez déposer une plainte en personne, par courrier, fax ou e-mail. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte, le coordinateur des droits civiques est disponible pour vous aider. Vous pouvez également déposer une plainte avec le Département de la Santé et des Services Humains, Bureau du coordinateur des droits civiques, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7837 (TDD). Les formulaires de plainte sont disponibles à l'adresse: www.hhs.gov/officeforcivilrights/index.html

Prisma Blue Cross provides health services. We provide these services to all people Prisma Blue Cross, regardless of their race, age, national origin, health status, disability, or sex. Prisma Blue Cross does not discriminate and does not treat people differently because of their race, color, national origin, age, health status, or sex.

- We provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in formats large print, audio, accessible electronic formats, other formats.
- We provide language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Communication in written languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Prisma has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint with the Civil Rights Coordinator, Compliance and Appeals, 700 Blue Hill, Suite 400, Seattle, WA 98101. TTY: 800-642-6367. You file 800-332-8834, Fax 425-939-1100, TTY: 800-642-6367. Email: App.Discrimination@Prisma.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at www.hhs.gov/ocr/ocomplaintportal/, or by first mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7837 (TDD). Complaint forms are available at: www.hhs.gov/officeforcivilrights/index.html

Vous pouvez déposer une plainte en personne, par courrier, fax ou e-mail. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte, le coordinateur des droits civiques est disponible pour vous aider. Vous pouvez également déposer une plainte avec le Département de la Santé et des Services Humains, Bureau du coordinateur des droits civiques, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7837 (TDD). Les formulaires de plainte sont disponibles à l'adresse: www.hhs.gov/officeforcivilrights/index.html