



BadgerCare Plus Prenatal Plan

El BadgerCare Plus Prenatal Plan les brinda atención médica a las mujeres embarazadas que les han sido negadas BadgerCare Plus debido a su condición de inmigrante o de ciudadanía o a que están en prisión o en la cárcel.

Servicios cubiertos

Este plan cubre servicios tales como:

- Cuidado prenatal.
- Consultas médicas y visitas a la clínica.
- Medicinas (incluyendo vitaminas prenatales).
- Parto y dar a luz.

Es posible que pueda inscribirse si cumple con todos los requisitos siguientes:

- Vive en Wisconsin.
- Usted tiene ingresos familiares iguales o por debajo de los límites de ingresos mensuales enumerados bajo Límites de Ingresos para el 2025.
- Usted no tiene seguro o acceso a un plan de seguro médico patrocinado por el empleador por el cual el empleador paga el 80% o más de la prima mensual.

Nota: Si usted no es ciudadano estadounidense o es un inmigrante indocumentado, no es necesario un número de Seguro Social. La información sobre su familia no se compartirá con el United States Citizenship and Immigration Services.

Límites de ingresos para 2025

Tamaño del grupo familiar	Límite de ingresos mensuales
2	\$5,393.25
3	\$6,795.74
4	\$8,198.26

Para cada persona adicional, agregue \$1,402.49.

Nota: Incluya a su bebé o bebés no nacidos en el tamaño de su grupo familiar.

Como solicitar

Puede solicitar para el BadgerCare Plus Prenatal Plan en línea en access.wisconsin.gov, por teléfono, en persona en su agencia local, o complete una solicitud en papel y envíela por correo a su agencia local. Para obtener una solicitud en papel, para pedir ayuda para completar la solicitud o para encontrar su agencia local, vaya a www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o comuníquese con Servicios para Miembros al 800-362-3002.

Es importante que solicite lo antes posible, ya que la fecha en que usted puede comenzar a recibir beneficios es el primero del mes en el cual usted solicita y cumple con todas las reglas del plan.

Si usted no es elegible

Si no puede obtener beneficios a través del BadgerCare Plus Prenatal Plan y no es ciudadano estadounidense o es un inmigrante indocumentado, puede solicitar para el Emergency Services Plan. El Emergency Services Plan cubrirá solamente los costos del parto y los de dar a luz.

Más información

Para más información, usted puede:

- Ponerse en contacto con su agencia local.
- Llamar a Servicios para Miembros al 800-362-3002.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

The Wisconsin Department of Health Services complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, gender identity, and sexual orientation). The Department of Health Services does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

The Department of Health Services:

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

If you need these services, contact the Department of Health Services civil rights coordinator at 844-201-6870.

If you believe that the Department of Health Services 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 grievance with: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, fax: 608-267-1434, or email to dhsrcc@dhs.wisconsin.gov. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Department of Health Services 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 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kannscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional 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 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).