



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 2024.
- 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 2024

Tamaño del grupo familiar	Límite de ingresos mensuales
2	\$5,212.19
3	\$6,584.11
4	\$7,956.00

Para cada persona adicional, agregue \$1,371.89.

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

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <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) schwetzsch, kantscht du ebber griege 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).	ລາວ (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).