



**A Qualified Health Plan Issuer on the Health Insurance Marketplace**

P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738 | [CareSource.com](http://CareSource.com)

**RE: 2017 Dental and Vision Evidence of Coverage (EOC) correction**

In Section 16 of the 2017 Dental and Vision EOC, it states that all dental benefits are subject to a \$750 annual limit per benefit year. **Please note that the correct amount is \$800, and that your dental benefits are subject to an \$800 annual limit per benefit year.**

Sincerely,

CareSource

AM-EXCM-0430

# Notice of Non-Discrimination



CareSource complies with applicable state and federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, marital status, sexual preference, religion affiliation, health status, or public assistance status. CareSource does not exclude people or treat them differently because of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, marital status, sexual preference, religion affiliation, health status, or public assistance status.

CareSource provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: (1) qualified sign language interpreters, and (2) written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). In addition, CareSource provides free language services to people whose primary language is not English, such as: (1) qualified interpreters, and (2) information written in other languages. If you need these services, please call the member services number on your member ID card.

If you believe that CareSource has failed to provide the above mentioned services to you or discriminated in another way on the basis of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, marital status, sexual preference, religion affiliation, health status, or public assistance status, you may file a grievance, with:

CareSource  
Attn: Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401  
1-844-539-1732, TTY: 711  
Fax: 1-844-417-6254

[CivilRightsCoordinator@CareSource.com](mailto:CivilRightsCoordinator@CareSource.com)

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office of 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  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

**This Notice has Important Information.** This notice has important information about your application or coverage through CareSource. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Please call the member services number on your member ID card.

**ARABIC** يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يرجى الاتصال على رقم خدمة الأعضاء الموجود على بطاقةتعريف العضو الخاصة بك بمهمة بخصوص طلبك أو النغطية التي تحصل عليها من خلال CareSource. ابحث عن "النحواريخ الصحية" في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى اتخاذ إجراء معين قبل حلول أحد التواريف للحفاظ على النغطية الصحية التي تحصل عليها أو للحصول على مساعدة من الكبار.

**AMHARIC** ይህ ማስታወሻ አብኬልን መረጃ ይዘው:: ይህ ማስታወሻ በለ  
ማመልከቻው ወደም የCareSource ስራን አብኬልን መረጃ አለው:: በዚህ  
ማስታወሻ ወጪ ተፈጥሯል ቅዱኛነት እልታ:: የጠናን ገኔነዋን ለመጠበቅና  
በአካላኩ አድራሻ ለማስታወሻ ተተክቷ ተተክቷ የዝርዝር ገጽ ይጠቀሱ መሆኑን  
ይጠቀሱ ይሆናል:: ይህንን መረጃ እና የግዢታ እና ያለመማም ከፍና በቃንቃው አድራሻ  
እና የግዢታ መሆኑን አለም:: እባካዎን በመታወሻ ከፍና ላይ በለው  
የሰንጠሪ ልማት ቅዱኛ ተጠቀሱ::

**CHINESE** 此通知包含重要信息。此通知包含关于您的申请以及 CareSource 医疗保险覆盖范围的重要信息。请仔细查看本通知中的关键日期。您可能需要在某些标注的截止日期前采取行动，以确保您的健康保险有效或者付费项目获得帮助。您有权免费获得以您的语言提供的此信息和帮助。请拨打您的会员 ID 卡上的会员服务电话号码。

**CUSHITE – OROMO** Beeksisi kun odeeffannoo barbaachisaa qaba. Beeksisti kun sagantaa yookan karaa CareSource tiin tajaajila keessan ilaachisee odeeffannoo barbaachisaa qaba. Guyyaawwan murteesaa ta'an beeksisa kana keessatti ilaala. Tarii kaffaltiihaan deggaramuuuf yookan tajaajila fayyaa keessanifiif guyyaa dhumaa irratii wanti raawwattan jiraachuu danda'a. Kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniiin odeeffannoo argachuu fi deggarsa argachuuuf mirga ni qabaattu. Maaloo lakkoofsa bilbilaa isa waraqaa eenyummamaa keessan irra jiruun tajaajila miseensatiif bilbilaa.

**DUTCH** Deze kennisgeving bevat belangrijke informatie. Deze kennisgeving bevat belangrijke informatie over uw aanvraag of dekking via CareSource. Let op belangrijke data in deze kennisgeving. Het kan nodig zijn om actie te ondernemen vóór bepaalde deadlines om uw gezondheidszorgdekking of hulp met de kosten te behouden. U hebt het recht om deze informatie en hulp kosteloos te ontvangen in uw taal. Bel naar het nummer voor ledendiensten op uw lidkaart.

**FRENCH (CANADA)** Cet avis contient des renseignements importants. Cet avis contient des renseignements importants sur votre demande d'assurance auprès de CareSource ou la couverture obtenue par l'intermédiaire de CareSource. Prenez connaissance des dates clés mentionnées dans le présent avis. Assurez-vous de respecter les délais indiqués pour conserver votre protection et contribuer à réduire les coûts. Vous avez le droit d'obtenir gratuitement ces renseignements et du soutien dans votre langue. Veuillez communiquer avec les services aux membres au numéro indiqué sur votre carte de membre.

**GERMAN** Dieser Hinweis enthält wichtige Information. Dieser Hinweis enthält wichtige Information über Ihren Antrag oder Ihren Schutz durch CareSource. Achten Sie auf Schlüsseltermine in diesem Hinweis. Sie müssen eventuell innerhalb von bestimmten Fristen Maßnahmen ergreifen, um Ihre Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten oder Hilfe mit den Kosten zu bekommen. Sie haben Sie das Recht, kostenfrei in Ihrer eigenen Sprache diese Hilfe und Information zu bekommen. Bitte rufen Sie die Mitglieder-Servicenummer auf Ihrer Mitglieder-ID-Karte an.

**GUJARATI** આ સુર્ખ માં અગરની મહિલાની છે. આ સુર્ખ માં તમ રી અરજી અથિ અનેસબીએમ ક ષેફ્ટુનાન ન માં માં કરો હૃત્વ ર સંકાળ ની અગરની મહિલાની છે. આ સુર્ખ માંની ખ સ ત રીધો જ ઓ. તમે તમારો અસ્યાય વિશ્વાસ અથવા પચ્ચા સાથી મદદ કર્યા માટે અમૃત રોક્કસ મદદી હૃત્વાય પગવાની લેવાની જરૂર છે. તનેના આ મહિલાની અને મદદ તમું રી ખ પ મ એ વિન માણિ ગના અવિક ર છે. ક્યા કરીને તમારો સુખ અથડી કરી પર અથવા સાથી ના નાખર પર નાન કરે.

**HINDI** इस नोटिस में महत्वपूर्ण सुचना है। इस नोटिस में आपके आवेदन या CareSource के माध्यम से आपके कबरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस नोटिस में मुख्य तारिखों को देखें। आपको लागत सहित अपने हेल्प कबरेज या सहायता के बाना रखने के लिए विभिन्न समयसीमाओं में कार्रवाई करने की जरूरत हो सकती है। आपके पास बगरै किसी लागत के अपनी भाषा में यह जानकारी सहायता प्राप्त करने का अधिकार है। कृपया अपने सदस्य आईडी कार्ड पर दिये सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें।

**ITALIAN** Questa comunicazione contiene informazioni importanti. Questa comunicazione contiene informazioni importanti circa la sua iscrizione o copertura tramite CareSource. Cerchi le date principali in questa comunicazione. Potrebbe dover intraprendere delle azioni entro certe scadenze per mantenere la Sua copertura sanitaria o per contribuire ai costi. Ha il diritto di avere queste informazioni e supporto nella Sua lingua, senza alcun costo. Chiamare il numero dei servizi ai soci riportato sulla tessera di iscrizione.

**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、CareSource の申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに措置を講じていただく必要があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。お持ちの会員IDカードにある、会員サービスの電話番号までお問い合わせ下さい。

**KOREAN** 본 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. CareSource  
가입이나 혜택에 대한 중요한 정보가 안내되어 있습니다. 본 통지서에 나와  
있는 주요 날짜들을 확인해 주십시오. 의료 혜택을 받거나 비용을  
절약 하시려면 특정 기한까지 조치를 취하셔야 할 수 있습니다. 원하는  
언어로 별도 비용 없이 관련 정보와 안내를 받으실 수 있습니다. 귀하의  
회원 ID 카드에 적힌 회원 서비스 팀 번호로 전화하십시오.

**PENNSYLVANIA DUTCH** Die Bekanntmaching gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmaching gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit CareSource. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschimmde Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kannscht, odder bezaahle helfe kannscht. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deine re eegne Schprooch griegen, un die Hilf koschtet nix. Bel alstublieft met het Ledenservice nummer op uw lid ID -kaart.

**RUSSIAN** Если у Вас или у кого-то, кому Вы помогаете, есть вопросы относительно Caresource, Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на Вашем языке. Для разговора с переводчиком. Пожалуйста, позвоните по телефону отдела обслуживания клиентов, указанному на вашей идентификационной карточке клиента.

**SPANISH** Este aviso incluye información importante. Este aviso incluye información importante sobre su solicitud o su cobertura de CareSource. Busque las fechas clave en este aviso. Es probable que deba realizar acciones dentro de determinado plazo para mantener su cobertura médica o recibir ayuda con los costos. Tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su propio idioma sin costo. Por favor, llame al número de Servicios para Afiliados que figura en su tarjeta de identificación.

**UKRAINIAN** Це Повідомлення містить важливу інформацію. Це повідомлення містить важливу інформацію про вашу заяву чи відшкодування через CareSource. Шукайте важливі дати у цьому повідомленні. Вам може знадобитися вжити заходів у певні терміни, щоб отримати медичне страхування чи допомогу з витратами. Ви маєте право на безкоштовне отримання цієї інформації та допомоги вашою мовою. Зателефонуйте за номером обслуговування учасників, який вказано на вашому посвідченні учасника

**VIETNAMESE** Thông báo này có thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin hoặc bảo hiểm của bạn thông qua CareSource. Hãy xem những ngày quan trọng trong thông báo này.

Bạn có thể cần phải hành động trước một số thời hạn nhất định để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hay được trợ giúp có trả phí. Bạn có quyền được nhận thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Vui lòng gọi số dịch vụ thành viên trên thẻ ID thành viên của bạn.