



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|--|--|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general? | Dentro de la red: \$1,500 individual/\$3,000 familiar Fuera de la red: \$3,000 individual/\$6,000 familiar | Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar. |
| ¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ? | Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , los <u>medicamentos con receta</u> , los servicios en sala de emergencias, cierta atención médica <u>preventiva</u> , las <u>pruebas de diagnóstico</u> , la <u>atención médica a domicilio</u> , la <u>enfermería especializada</u> y los <u>cuidados paliativos</u> están incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o coseguro. Por ejemplo, este <u>plan</u> incluye ciertos <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede consultar una lista de los <u>servicios de prevención</u> incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No | No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Dentro de la red: \$6,250 individual/\$12,500 familiar Fuera de la red: \$12,000 individual/\$24,000 familiar N/A | El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ? | <u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> y atención médica que este <u>plan</u> no incluye. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ? | Sí. Consulte en www.bcbstx.com o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> . | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita un <u>referido</u> para consultar con un <u>especialista</u> ? | No. | Puede consultar con el <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> . |

 Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| | | <u>Proveedor que forma parte de la red</u> (usted pagará menos) | <u>Proveedor que no forma parte de la red</u> (usted pagará más) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión | \$25 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . No hay cargo por vacunas para niños <u>fuera de la red</u> desde el nacimiento hasta el día del sexto cumpleaños. |
| Si tiene que hacerse una prueba | <u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Puede aplicarse un <u>copago</u> por visita al consultorio. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información acerca de la cobertura para medicamentos con receta disponible en el RxHelp@rxbenefits.com | Medicamentos genéricos | \$15 de <u>copago</u> por receta médica en locales comerciales/\$37.50 con entrega a domicilio | Sin cobertura | La venta en locales comerciales y la entrega a domicilio cubren un suministro de 30 días. Con la receta médica adecuada, está disponible un suministro de hasta 90 días. Los beneficios <u>fuera de la red</u> no están incluidos. |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$30 de <u>copago</u> por receta médica en locales comerciales/\$75 con entrega a domicilio | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$60 de <u>copago</u> por receta médica en locales comerciales/\$150 con entrega a domicilio | Sin cobertura | |
| | <u>Medicamentos especializados</u> | \$120 de <u>copago</u> por receta médica en locales | Sin cobertura | |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|--|
| | | <u>Proveedor que forma parte de la red</u> (usted pagará menos) | <u>Proveedor que no forma parte de la red</u> (usted pagará más) | |
| | | comerciales/\$300 con entrega a domicilio | | |
| Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados | Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados) | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Honorarios del médico o cirujano | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si requiere atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | Cargos del centro: \$350 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> Cargos médicos en la sala de emergencias: Sin cargo después del <u>deducible</u> | Cargos del centro: \$350 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> Cargos médicos en la sala de emergencias: Sin cargo después del <u>deducible</u> | Se elimina el <u>copago</u> de la <u>sala de emergencias</u> si es admitido. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin cargo después del <u>deducible</u> | Sin cargo después del <u>deducible</u> | Transportación terrestre y aérea incluida. |
| | <u>Atención médica inmediata</u> | \$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si tiene una estadía en un hospital | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$250 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . |
| | Honorarios del médico o cirujano | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias | Servicios para pacientes no hospitalizados | \$25 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> Sin cargo después del <u>deducible</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados | 40% de <u>coseguro</u> | Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener información. |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|--|
| | | <u>Proveedor que forma parte de la red</u> (usted pagará menos) | <u>Proveedor que no forma parte de la red</u> (usted pagará más) | |
| | Servicios para pacientes internados | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$250 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$25 de <u>copago</u> por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/\$70 con un especialista (SPC, en inglés); no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | El <u>copago</u> se aplica para la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto o nacimiento | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | |
| | Servicios de parto o nacimiento en el centro | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$250 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . |
| Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas | <u>Atención médica en el hogar</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Límite de 60 consultas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | \$25 de <u>copago</u> por consulta con un PCP/\$70 con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u> Sin cargo luego del <u>deducible</u> para otros servicios para pacientes no hospitalizados | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | \$25 de <u>copago</u> por consulta con un PCP/\$70 con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u> Sin cargo luego del <u>deducible</u> para otros servicios para pacientes no hospitalizados | 40% de <u>coseguro</u> | |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Límite de 25 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin cargo después del <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| | | Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| | <u>Cuidados paliativos</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> . |
| Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos | Examen de la vista para niños | \$25 de <u>copago</u> por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/\$70 con un especialista (SPC, en inglés); no se aplica el <u>deducible</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

| Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO incluye (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>). | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención dental (adultos) • Atención médica a largo plazo • Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de servicio privado • Programas de pérdida de peso • Tratamiento para la infertilidad |

| Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su <u>plan</u>). | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (35 consultas por año) | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (1 por oído, por un período de 36 meses) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) |

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre cobertura médica grupal, comuníquese con el [plan](#), Blue Cross and Blue Shield of Texas, al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener información sobre seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Sin cobertura para los planes eclesiásticos bajo las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la entidad reguladora estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitar www.tdi.texas.gov. Para seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros de gastos médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com, o bien comuníquese con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.tdi.texas.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-521-2227.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-521-2227.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-521-2227.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-521-2227.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

| | |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$1,500 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$70 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 0% |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 0% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto o nacimiento
 Servicios de parto o nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total en el ejemplo **\$12,700**

En este ejemplo, Peg debe pagar:

| <u>Gastos compartidos</u> | |
|---|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$1,500 |
| <u>Copagos</u> | \$40 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que debe pagar Peg es | \$1,600 |

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

| | |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$1,500 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$70 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 0% |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 0% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total en el ejemplo **\$5,600**

En este ejemplo, Joe debe pagar:

| <u>Gastos compartidos</u> | |
|---|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$800 |
| <u>Copagos</u> | \$900 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que debe pagar Joe es | \$1,720 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$1,500 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$70 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 0% |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 0% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total en el ejemplo **\$2,800**

En este ejemplo, Mia debe pagar:

| <u>Gastos compartidos</u> | |
|---|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$1,500 |
| <u>Copagos</u> | \$700 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que debe pagar Mia es | \$2,200 |



La cobertura de atención médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tienen el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística.

No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad. Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>



| To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984. | |
|---|---|
| Español | Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo. |
| العربية | لتلقى المساعدة اللغوية أو التواصل مجاناً، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984. |
| 繁體中文 | 如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。 |
| Français | Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984. |
| Deutsch | Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an. |
| ગુજરાતી | ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો. |
| हिंदी | निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें। |
| Italiano | Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984. |
| 한국어 | 언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요. |
| Navajo | Niná: Doo bilagáana bizaad dinit's'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jį' hodíilni. |
| فارسی | برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید. |
| Polski | Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984. |
| Русский | Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984. |
| Tagalog | Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984. |
| اردو | مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt | Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984. |