


Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y qué paga usted por los servicios cubiertos **Cobertura:** Individual y/o familiar | **Tipo de plan:** PPO



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra la forma en que usted y el plan comparten los costos de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado la prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite www.floridablue.com/plancontracts/group. Para conocer las definiciones de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.floridablue.com/plancontracts/individual o llamar al 1-800-664-5295 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿De cuánto es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: \$5,500 por persona/ \$11,000 por familia. Fuera de la red: \$11,000 por persona/ \$22,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe cubrir su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia cubra todo el <u>deducible</u> familiar.
¿Existen servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Atención médica preventiva</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin costos compartidos y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$100 de <u>deducible</u> por farmacia. No existen otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos a su cargo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$6,850 por persona/ \$13,700 por familia. Fuera de la red: \$20,000 por persona/ \$40,000 por familia.	El <u>límite de gastos a su cargo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , deben cubrir sus propios <u>límites de gastos a su cargo</u> hasta que se haya cubierto todo el <u>límite de gastos a su cargo</u> familiar.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos a su cargo</u> ?	La <u>prima</u> , los cargos <u>facturados por saldo</u> y los servicios de salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no se contabilizan para alcanzar el <u>límite de gastos a su cargo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte https://providersearch.floridablue.com/providersearch/pub/index.htm o llame al 1-800-664-5295 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará el máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de haber alcanzado el deducible, si se aplica un deducible.

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si acude a la clínica o al consultorio de un proveedor	Visita al médico de cabecera para tratar lesiones o enfermedades	Proveedor Value Choice: Sin cargo, el <u>deducible</u> no aplica/ Visitas al médico de cabecera: \$50 de <u>Copago</u> por visita/ Visitas virtuales: \$5 de <u>copago</u> por visita	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u> / Visitas virtuales: Sin cobertura	Las medicinas que administra el médico pueden tener un costo compartido mayor. Las visitas virtuales <u>solo</u> están cubiertas para proveedores dentro de la red.
	Visita al <u>especialista</u>	Especialista de Value Choice: \$20 de <u>copago</u> por visita/ Especialista: \$75 de <u>copago</u> por visita/ Visitas virtuales: \$10 de <u>copago</u> por visita	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u> / Visitas virtuales: Sin cobertura	Las medicinas que administra el médico pueden tener un costo compartido mayor. Las visitas virtuales <u>solo</u> están cubiertas para proveedores dentro de la red.
	<u>Atención médica preventiva/exámenes/vacunas</u>	Sin cargo, el <u>deducible</u> no aplica	50 % de <u>coseguro</u>	Las medicinas que administra el médico pueden tener un costo compartido mayor. Podría tener que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego revise qué cubrirá su <u>plan</u> .
Si se hace un examen	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	Especialista de Value Choice: \$20 de <u>copago</u> por visita/ Laboratorio clínico independiente: Sin cargo, el <u>deducible</u> no aplica/ Centro independiente de exámenes de diagnóstico: <u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Las pruebas realizadas en un hospital pueden tener un costo compartido mayor.
	Diagnóstico por imágenes [tomografías computarizadas (CT)/tomografías por emisión de positrones (PET) e imágenes de resonancia magnética (MRI)]	<u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Puede requerirse autorización previa. Puede que sus beneficios/servicios sean rechazados.

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita medicinas para tratar su enfermedad o trastorno Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicinas recetadas en https://www.floridablue.com/members/to_ols-resources/pharmacy/medication-guide	Medicinas genéricas	\$10 de <u>copago</u> por medicina recetada (venta al por menor), \$20 de <u>copago</u> por medicina recetada por correo	50 % de <u>coseguro</u>	Cubre hasta un suministro para 30 días (medicinas de venta al por menor), suministro para 90 días (medicinas de pedido por correo). Puede que se aplique programas Responsible Rx como Autorización previa. Para obtener más información, consulte la Guía de medicinas.
	Medicinas de marca preferidas	\$100 de <u>deducible</u> por farmacia + \$60 de <u>copago</u> por medicina recetada (venta al por menor), \$100 de <u>deducible</u> por farmacia + \$120 de <u>copago</u> por medicina recetada por correo	\$100 de <u>deducible</u> por farmacia + 50 % de <u>coseguro</u>	Cubre hasta un suministro para 30 días (medicinas de venta al por menor), suministro para 90 días (medicinas de pedido por correo).
	Medicinas de marca no preferidas	\$100 de <u>deducible</u> por farmacia + \$100 de <u>copago</u> por medicina recetada (venta al por menor), \$100 de <u>deducible</u> por farmacia + \$200 de <u>copago</u> por medicina recetada por correo	\$100 de <u>deducible</u> por farmacia + 50 % de <u>coseguro</u>	Cubre hasta un suministro para 30 días (medicinas de venta al por menor), suministro para 90 días (medicinas de pedido por correo).
	<u>Medicinas especializadas</u>	30 % de <u>coseguro</u> hasta \$500 como máximo por medicina recetada	\$100 <u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Suministro hasta de 30 días para venta al por menor. Sin cobertura para el servicio de pedido por correo.
Si se somete a cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	<u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
	Honorarios de médicos y cirujanos	<u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	Centro quirúrgico ambulatorio: <u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u> / Hospital: <u>Deducible dentro de la red</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	Servicios médicos: <u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u> / Establecimiento: \$500 de <u>copago</u> por visita	\$500 de <u>copago</u> por visita	————ninguna————
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Deducible dentro de la red</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
	<u>Cuidados de urgencia</u>	Proveedor Value Choice: Sin cargo, el deducible no aplica. Visitas 1 y 2; \$75 de <u>copago</u> por visitas restantes/ Visitas de atención urgente: \$75 de <u>copago</u> por visita	Deducible + \$75 de <u>copago</u> por visita	————ninguna————
Si tiene una hospitalización	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, una habitación de hospital)	Deducible + 30 % de <u>coseguro</u>	Deducible + 50 % de <u>coseguro</u>	Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados limitados a 30 días.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Deducible + 30 % de <u>coseguro</u>	Deducible dentro de la red + 30 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo, el deducible no aplica	50 % de <u>coseguro</u> / Visitas virtuales al especialista: Sin cobertura	Las visitas virtuales solo están cubiertas para proveedores dentro de la red.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo, el deducible no aplica	Servicios médicos: Sin cargo, el deducible no aplica/ Hospital: 50 % de <u>coseguro</u>	Puede requerirse autorización previa. Puede que sus beneficios/servicios sean rechazados.
Si está embarazada	Consultas	\$75 de <u>copago</u> por visita inicial	Deducible + 50 % de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en alguna parte del SBC (es decir, ecografías).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Deducible + 30 % de <u>coseguro</u>	Deducible dentro de la red + 30 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
	Servicios de instalaciones para el nacimiento/parto	Deducible + 30 % de <u>coseguro</u>	Deducible + 50 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Servicios de salud en el hogar</u>	Deducible + 30 % de <u>coseguro</u>	Deducible + 50 % de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a 35 visitas.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$75 de <u>copago</u> por visita	Deducible + 50 % de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a 30 visitas, incluyendo 30 manipulaciones. Los servicios prestados en un hospital pueden tener un costo compartido mayor. Puede requerirse autorización previa. Puede que sus beneficios /servicios sean rechazados.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Episodio médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
	<u>Cuidados de enfermería especializados</u>	<u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Cobertura limitada a 60 días.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	Excluye adaptaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, los ejercicios, el equipamiento del baño y el reemplazo del equipo médico duradero (<u>DME</u>) por uso/antigüedad.
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	<u>Deducible</u> + 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> + 50 % de <u>coseguro</u>	————ninguna————
Si su hijo necesita cuidados dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Revise el documento de su póliza o del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura Cirugía bariátrica Cirugía plástica Cuidados dentales (para adultos) <u>Servicios de habilitación</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Aparatos auditivos Tratamiento para la infertilidad Cuidados a largo plazo Chequeos dentales pediátricos Examen de la vista pediátrico 	<ul style="list-style-type: none"> Anteojos pediátricos Servicios privados de enfermería Cuidado de la vista de rutina (para adultos) Cuidados de rutina para los pies, a menos que sea para el tratamiento de la diabetes Programas para perder peso
Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados quiroprácticos - Limitados a 30 visitas 	<ul style="list-style-type: none"> Se brinda mayor cobertura fuera de los Estados Unidos. Visite www.floridablue.com. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de no emergencia al viajar fuera de los EE. UU.

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después que finaliza. La información de contacto de esas agencias es: State Department of Insurance (Departamento de Seguros del Estado) al 1-877-693-5236, Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/agencies/ebsa o Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros) al 1-877-267-2323 x61565 o www.cchio.cms.gov. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo la adquisición de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar quejas y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene alguna reclamación contra su plan por una denegación a una reclamación. Esta reclamación se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, mire la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o si necesita ayuda,

comuníquese con la compañía de seguros al 1-800-664-5295. También puede comunicarse con su Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236 o con la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con el Departamento de Servicios para el Empleado. Para planes de salud grupal que no son del gobierno federal y planes de iglesias que son planes de salud grupal, comuníquese con el Departamento de Servicios para el Empleado. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros del Estado al 1-877-693-5236. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-4-USA-DOL (866-487-2365) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles en el Mercado de Seguros Médicos u otras pólizas en el mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito fiscal sobre la prima.

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

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal sobre la prima para ayudarle a pagar un plan en el Mercado de Seguros Médicos.

—————*Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, las tarifas que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los importes de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la propia cobertura únicamente.

Peg va a tener a su bebé
(9 meses de servicios prenatales dentro de la red y parto en un hospital)

- El deducible general del plan \$5,500
- Copago por especialista \$75
- Coseguro por establecimiento hospitalario 30 %
- Otro Sin cargo \$0

Este episodio de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas con especialista (*Servicios prenatales*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios de instalaciones para el nacimiento/parto
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total de ejemplo	\$12,700
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$5,500
<u>Copagos</u>	\$90
<u>Coseguro</u>	\$900
<i>Lo que no cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,550

En este ejemplo, Peg pagaría:

Control de diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- El deducible general del plan \$5,500
- Copago por especialista \$75
- Coseguro por establecimiento hospitalario 30 %
- Otro coseguro 30 %

Este episodio de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas con médico de cabecera (*incluyendo educación sobre enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicinas recetadas
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total de ejemplo	\$5,600
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles*</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$2,100
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,120

En este ejemplo, Joe pagaría:

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

- El deducible general del plan \$5,500
- Copago por especialista \$75
- Coseguro por establecimiento hospitalario 30 %
- Otro copago \$500

Este episodio de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencia (*incluyendo suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total de ejemplo	\$2,800
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,700
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,300

En este ejemplo, Mia pagaría:

Nota: Estos montos asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: www.floridablue.com.

*Nota: Este plan tiene otros deducibles por servicios específicos que se incluyen en el ejemplo de esta cobertura. Consulte la sección anterior "¿Existen otros deducibles por servicios específicos?".

Sección 1557 Notificación: La discriminación es en contra de la ley

Cumplimos con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Interpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Interpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura para salud y visión: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y para discapacitados: 1-888-223-4892
- Programa para empleados federales (FEP, Federal Employee Program): 1-800-333-2227

Si usted cree que no hemos proporcionado estos servicios o discriminado de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Cobertura de salud y visión

(incluidos los miembros del FEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 x29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
section1557coordinator@floridablue.com

Cobertura dental, de vida y para discapacitados:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscordinator@fclife.com

Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW.

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

ATENÇÃO: Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

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1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)。FEP：請致電1-800-333-2227

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8770). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8770). FEP: Звоните 1-800-333-2227

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-352-2583 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-955-8770). اتصل برقم 1-800-333-2227.

ATTENZIONE: Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8770). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

주의: 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

ફોન કરો 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: **ફોન કરો** 1-800-333-2227

ประกาศ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)** หรือ FEP โทร **1-800-333-2227**

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در دسترس شما خواهد بود. با شماره 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

Baa ákonínzin: Diné bizaad bee yáńítí' go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojí' hodiílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí' éí kojí' hodiílnih 1-800-333-2227.