



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 800-362-5200. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [MedMutual.com/SBC](https://www.MedMutual.com/SBC) o llamar al 800-362-5200 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$400 por individuo y \$800 por familia dentro de la red. \$800 por individuo y \$1,600 por familia fuera de la red.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Determinada atención preventiva y todos los servicios con copagos</u> están cubiertos y pagados por el <u>plan</u> antes de alcanzar su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$1,000 por individuo y \$2,000 por familia dentro de la red. \$2,000 por individuo y \$3,500 por familia fuera de la red.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Los copagos, los <u>deducibles</u> , las <u>primas</u> , los cargos por facturación de saldo y los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> ?	Sí. Vea <a href="https://www.MedMutual.com/SBC">MedMutual.com/SBC</a> o llame al 800-362-5200 para obtener una lista de proveedores participantes.	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>derivación</u> .



Todo el **coseguro** que se muestra en este cuadro se aplica después de alcanzar su **deducible**, si aplica un **deducible**. Los servicios con **copagos** se cubren antes de alcanzar su **deducible**, salvo que se especifique lo contrario.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10 de copago por visita	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$10 de copago por visita	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	\$10 de copago por visita	30% de <u>coseguro</u>	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico (radiografías)</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>  Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://MedMutual.com/SBC">MedMutual.com/SBC</a> .	Copago de medicamentos genéricos: venta minorista de Nivel 1	20%	Para obtener más información consulte los documentos del plan	Cubre un suministro de hasta 30 días.
	Copago de medicamentos genéricos: entrega a domicilio de Nivel 1	20%	Para obtener más información consulte los documentos del plan	Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Copago de medicamentos de marcas del proveedor único: venta minorista Nivel 2	20% (fabricación no genérica)	Para obtener más información consulte los documentos del plan	Cubre un suministro de hasta 30 días.
	Copago de medicamentos de marcas del proveedor único: entrega a domicilio Nivel 2	20% (fabricación no genérica)	Para obtener más información consulte los documentos del plan	Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Copago de medicamentos de marcas del proveedor múltiple: venta minorista Nivel 2	20% del costo genérico más la diferencia entre marca y genérico	Para obtener más información consulte los documentos del plan	Cubre un suministro de hasta 30 días.
	Copago de medicamentos de marcas del proveedor múltiple: entrega a domicilio Nivel 2	20% del costo genérico más la diferencia entre marca y genérico	Para obtener más información consulte los documentos del plan	Cubre un suministro de hasta 90 días.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplica un copago por nivel de medicamento correspondiente	Para obtener más información consulte los documentos del plan	Cubre un suministro de hasta 30 días.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano (para pacientes ambulatorios)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$50 de copago por visita, 10% de <u>coseguro</u>		Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$10 de copago por visita	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano (para pacientes hospitalizados)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 de copago por visita	30% de <u>coseguro</u>	Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago, <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	(solo se cubre para el suscriptor y su cónyuge)
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	(solo se cubre para el suscriptor y su cónyuge)
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación (fisioterapia)</u>	10% de <u>coseguro</u> , no se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u>	30% de <u>coseguro</u> , no se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u>	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación (terapia ocupacional)</u>	10% de <u>coseguro</u> , no se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u>	30% de <u>coseguro</u> , no se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u>	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación (terapia del lenguaje)</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$10 de copago por visita	30% de <u>coseguro</u>	Incluido una visita <u>preventiva</u> para la atención del niño sano.
	Anteojos para niños	Sin cobertura		Servicio excluido.
	Control dental para niños	Sin cobertura		Servicio excluido.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Control dental para niños
- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

### Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Atención dental (adultos)
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 877-267-2323 ext. 61565 o en [cciio.cms.gov](http://cciio.cms.gov). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) o llame al 800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform) o con su plan al 800-362-5200.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

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

Los números en los ejemplos de cobertura suponen que el paciente no usa una HRA ni una FSA. Si usted participa en una HRA o una FSA y la usa para pagar los gastos de bolsillo, es posible que sus costos sean más bajos.

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** \$400
- **Copago al especialista** \$10
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** 10%
- **Otro coseguro** 10%

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico

(*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

*Costos compartidos*

<u>Deducibles</u>	\$400
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,000

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,470</b>
------------------------------------	----------------

**Controlar la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- **El deducible general del plan** \$400
- **Copago al especialista** \$10
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** 10%
- **Otro coseguro** 10%

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)

Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

*Costos compartidos*

<u>Deducibles</u>	\$100
<u>Copagos</u>	\$90
<u>Coseguro</u>	\$900

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,110</b>
------------------------------------	----------------

**Fractura simple de Mia**

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

- **El deducible general del plan** \$400
- **Copago al especialista** \$10
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** 10%
- **Otro coseguro** 10%

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)

Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

*Costos compartidos*

<u>Deducibles</u>	\$400
<u>Copagos</u>	\$70
<u>Coseguro</u>	\$200

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$670</b>
------------------------------------	--------------

Nota: Estos números suponen 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 al: 800-362-5200.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

[Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en MedMutual.com/SBC.]



# Servicios de intérpretes en varios idiomas y aviso de no discriminación



Este documento notifica a las personas sobre cómo solicitar ayuda si hablan un idioma distinto del inglés.

## Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## 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 1-800-382-5729 (TTY: 711)。

## German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-382-5729 رقم هاتف الصم والبكم (711).

## Pennsylvania Dutch

Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-382-5729 (телетайп: 711).

## French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-382-5729 (ATS: 711).

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Navajo

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti' go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déęé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódííłnih 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Oromo

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-382-5729 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

## Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Japanese

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。1-800-382-5729 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

## Dutch

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-382-5729 (телетайп: 711).

## Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-382-5729 (TTY: 711).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-382-5729 (TTY: 711).

**LAS PREGUNTAS SOBRE SUS BENEFICIOS U OTRAS CONSULTAS SOBRE SU SEGURO MÉDICO DEBEN SER DIRIGIDAS AL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE MEDICAL MUTUAL AL 1-800-382-5729.**

**Aviso de no discriminación**

Medical Mutual of Ohio cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo en su operación de actividades y programas de salud. Medical Mutual no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo en su operación de actividades y programas de salud.

- Medical Mutual proporciona ayuda y servicios sin cargo para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros, por ejemplo, intérpretes de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Medical Mutual proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo, intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

**Si necesita estos servicios o si cree que Medical Mutual no cumplió en proporcionar estos servicios o lo discriminó de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, con respecto a sus servicios o beneficios de atención médica, puede presentar una queja por escrito a la persona que se menciona a continuación. Incluya todos los detalles posibles en su queja por escrito para permitirnos investigar y responder de forma efectiva.**

**Civil Rights Coordinator**

Medical Mutual of Ohio  
2060 East Ninth Street  
Cleveland, OH 44115-1355  
MZ: 01-10-1900

**Correo electrónico:** [CivilRightsCoordinator@MedMutual.com](mailto:CivilRightsCoordinator@MedMutual.com)

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- Por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
- Por correo postal a:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F  
HHH Building  
Washington, DC 20201-0004
- Por teléfono al:  
(800) 368-1019 (TDD: [800] 537-7697)
- Los formularios de quejas están disponibles en:  
[hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)