Ambetter from Absolute Total Care:
Ambetter Balanced Care 11 (2021) + Vision + Adult Dental

Cobertura para: Individual/Familiar | **Tipo de plan:** HMO

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, https://Ambetter-es.AbsoluteTotalCare.com/2021-brochures.html o llamar al 1-833-270-5443 (Relay 711). 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 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-833-270-5443 (Relay 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	No hay deducible.	No hay deducible. Vea la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores de la red, $2,850 por individuo y $5,700 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturación de saldo, y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-833-270-5443 (Relay 711) para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

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 acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$10 Copago / visita	No cubierto	Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a $0, proveedores cubiertos en su totalidad.
	Consulta con un especialista	$29 Copago / visita	No cubierto	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$25 Copago / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio; 40% Coseguro para rayos X e imágenes diagnósticas	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Medicamentos genéricos	Al por menor: $10 Copago / receta	No cubierto	Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: $40 Copago / receta	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/EOC/2021/79222SC002.pdf.

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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **Lista de Medicamentos Preferidos**.				cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de especialidad	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	40% Coseguro	40% Coseguro; deducible no se aplica	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	40% Coseguro	40% Coseguro; deducible no se aplica	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	$10 Copago / visita	No cubierto	-----Ninguno-----
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/EOC/2021/79222SC002.pdf.

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	Copago de $10 / visita al consultorio; Coseguro del 40% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$10 Copago / visita	No cubierto	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos, tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro, deducible o copago. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago, coseguro o deducible. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	40% Coseguro	No cubierto	
	Atención médica en el hogar	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Servicios de rehabilitación	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año por terapia (terapia ocupacional, física y del habla); no se aplica límite para terapia cardiaca o pulmonar.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/EOC/2021/79222SC002.pdf.

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 recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de habilitación	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año por terapia (terapia ocupacional, física y del habla); no se aplica límite para terapia cardiaca o pulmonar.
	Atención de enfermería especializada	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Equipo médico duradero	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

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).

- Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Audífonos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad

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

- Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. Se aplican límites de dólares.)
- Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de US $1,000 al año.)
- Cuidado quiropráctico
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/EOC/2021/79222SC002.pdf.

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: Ambetter from Absolute Total Care a 1-833-270-5443 (Relay 711); South Carolina Department of Insurance, PO Box 100105, Columbia, SC 29202, Phone No. 1-803-737-6180 or 1-800-768-3467.. 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 www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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: South Carolina Department of Insurance, PO Box 100105, Columbia, SC 29202, Phone No. 1-803-737-6180 or 1-800-768-3467.

¿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.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-270-5443 (Relay 711).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-270-5443 (Relay 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-833-270-5443 (Relay 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-270-5443 (Relay 711).

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

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	$0
Especialista copago	$29
Hospital (establecimiento) coseguro	40%
Otro coseguro	40%

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)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$400
Coseguro	$2,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$2,860**

Control de 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	$0
Especialista copago	$29
Hospital (establecimiento) coseguro	40%
Otro coseguro	40%

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)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$900
Coseguro	$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,220**

Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	$0
Especialista copago	$29
Hospital (establecimiento) coseguro	40%
Otro coseguro	40%

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)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$90
Coseguro	$1,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,090**

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

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Absolute Total Care, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-270-5443 (Relay 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於Ambetter from Absolute Total Care,方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話1-833-270-5443 (Relay 711).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Absolute Total Care, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-270-5443 (Relay 711).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이Ambetter from Absolute Total Care,에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는[1-833-270-5443 (Relay 711). 로 전화하십시오.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos Ambetter from Absolute Total Care, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-270-5443 (Relay 711).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Absolute Total Care, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-270-5443 (Relay 711).
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Absolute Total Care, вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-270-5443 (Relay 711).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Absolute Total Care, hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-833-270-5443 (Relay 711) an.
Gujarati:	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Absolute Total Care, વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-270-5443 (Relay 711). ઉપર કૉલ કરો.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Absolute Total Care، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-270-5443 (Relay 711).
Portuguese:	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Absolute Total Care, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-833-270-5443 (Relay 711).
Japanese:	Ambetter from Absolute Total Care, について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-833-270-5443 (Relay 711). までお電話ください。
Ukrainian:	В разі виникнення у вас або особи, якій ви допомагаєте, будь-яких запитань щодо програми страхування Ambetter from Absolute Total Care ви маєте право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на своїй рідній мові. Щоб поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 1-833-270-5443 (Relay 711).
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Absolute Total Care, के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-833-270-5443 (Relay 711). पर कॉल करें।
Mon-Khmer, Cambodian:	ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter from Absolute Total Care អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែភាសាលេខ 1-833-270-5443 (Relay 711).

© 2018 Absolute Total Care. All rights reserved.

Declaración de no discriminación

Ambetter de Absolute Total Care cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Absolute Total Care no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Absolute Total Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter from Absolute Total Care at 1-833-270-5443 (Relay 711).

Si considera que Ambetter de Absolute Total Care no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from Absolute Total Care, ATTN: Ambetter Grievances and Appeals Department, 12515-8 Research Blvd, Suite 400, Austin, TX 78759, 1-833-270-5443 (Relay 711), Fax: 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Absolute Total Care está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

© 2019 Absolute Total Care. Todos los derechos reservados.