El documento del resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El resumen de beneficios y cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado.

Esto solo es un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de la cobertura completos, visite ProvidenceHealthPlan.com. Para ver 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 español en línea o llamar al 1-800-878-4445 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red: $750 por persona / $1,500 por familia (2 o más). Fuera de la red: $1,500 por persona / $3,000 por familia (2 o más).	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada uno debe pagar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los familiares cubra el deducible familiar general.
¿Se cubren los servicios antes de que pague su deducible?	Sí. La mayoría de la atención preventiva dentro de la red.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha pagado el monto del deducible. Pero puede aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios de prevención sin costo compartido y antes de que pague su deducible. Vea una lista de servicios de prevención en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el límite del propio bolsillo para este plan?	Dentro de la red: $8,200 por persona / $16,400 por familia (2 o más). Fuera de la red: $16,400 por persona / $32,800 por familia (2 o más).	El límite del propio bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que pagar sus límites del propio bolsillo hasta que el límite del propio bolsillo familiar general se haya pagado.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite del propio bolsillo?	Primas, facturación del saldo, multas, copagos por servicios oftalmológicos para adultos, manipulación quiropráctica, acupuntura, servicios no cubiertos, tarifas superiores a los cargos usuales, habituales y razonables (UCR).	Aunque paga estos gastos no cuentan para el límite del propio bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Ingrese a ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider o llame al 1-800-878-4445 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Pagará la mayor parte si usa un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una remisión.

(Número de control de DT - OMB: 1545-0047/Fecha de vencimiento: 31/dic./2019) (Número de control de DOL - OMB: 1210-0147/Fecha de vencimiento: 31/may./2022)
(Número de control de HHS - OMB: 0938-1146/Fecha de vencimiento: 31/oct./2022)

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que aparecen en esta tabla son posteriores al pago de su **deducible**, si corresponde un **deducible**.

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Primeras 3 visitas con $5 de copago/por visita; el deducible no se aplica luego $30 de copago por visita presencial; el deducible no se aplica o $10 de copago por visita virtual; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Algunos servicios, como los de laboratorio y radiografía, incluirán costos adicionales para los miembros. Las visitas telefónicas y por video de Providence ExpressCare están totalmente cubiertas dentro de la red.
	Visita de especialista	$50 de copago por visita; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Algunos servicios, como los de laboratorio y radiografía, incluirán costos adicionales para los miembros.
	Atención preventiva/evaluación/ vacunación	Sin costo; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	La Ley de Atención Asequible (ACA) no exige que todos los servicios de prevención estén totalmente cubiertos. Para obtener más información sobre los servicios de prevención que están totalmente cubiertos consulte: ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son de prevención. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son de prevención. Luego verifique cuánto pagará su plan.
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	25 % de coseguro; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Ninguna.
	Imagenología (TC/TEP, RM)	25 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.ProvidenceHealthPlan.com	Medicamentos de Nivel 1	Sin costo para minorista; el deducible no se aplica	No cubierto	Los medicamentos de prevención de la ACA están totalmente cubiertos dentro de la red. Cubre un suministro para hasta 30 días (minorista); un suministro de 90 días de pedido por correo por el doble del copago o por el 5 % menos del coseguro minorista. Puede requerir una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Si se solicita un medicamento de marca cuando hay genéricos disponibles, pagará la diferencia del costo, además del costo compartido del Nivel 4 y Nivel 6. Los medicamentos de especialidad (incluidos en los Niveles 5 y 6 de su formulario) solo se pueden comprar en una farmacia de especialidad participante (limitado a 30 días).
	Medicamentos de Nivel 2	$15 de copago por suministro minorista para 30 días; el deducible no se aplica	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 3	$50 de copago por suministro minorista para 30 días; el deducible no se aplica	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 4	50 % de coseguro para minorista; el deducible no se aplica	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 5	50 % de coseguro hasta $200 para minorista	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 6	50 % de coseguro para minorista	No cubierto	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: 15 % de coseguro Centro hospitalario: 25 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.
	Tarifas del médico/cirujano	25 % de coseguro	50 % de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	$250 de copago por visita luego 25 % de coseguro	$250 de copago por visita luego 25 % de coseguro	Solo para afecciones médicas de emergencia. Si es ingresado en el hospital, todos los servicios están sujetos a los beneficios de paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	25 % de coseguro	25 % de coseguro	Ninguna.
	Atención de urgencia	$50 de copago por visita; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Algunos servicios incluirán costos adicionales para los miembros.
Si debe permanecer en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	25 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.
	Tarifas del médico/cirujano	25 % de coseguro	50 % de coseguro	

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: Primeras 3 visitas con $5 de copago/por visita; el deducible no se aplica luego $30 de copago por visita presencial; el deducible no se aplica o $10 de copago por visita virtual; el deducible no se aplica Todos los demás servicios: 25 % de coseguro	50 % de coseguro	A excepción de las visitas al consultorio del proveedor, todos los servicios deben autorizarse previamente. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Consulte el resumen de beneficios para conocer los servicios de análisis conductual aplicado (ABA).
	Servicios de hospitalización	25 % de coseguro	50 % de coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Ninguna.
	Servicios profesionales para el parto/alumbramiento	25 % de coseguro	50 % de coseguro	El coseguro se aplica a los costos de entrega del proveedor.
	Servicios del centro para el parto/alumbramiento	25 % de coseguro	50 % de coseguro	Ninguna.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	25 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.
	Servicios de rehabilitación	Pacientes hospitalizados: 25 % de coseguro Pacientes ambulatorios - Fisioterapia: 25 % de coseguro; el deducible no se aplica Pacientes ambulatorios - Terapia ocupacional y del habla: 25 % de coseguro; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Servicios de hospitalización: Limitados a 30 días por año calendario. Limitados a 60 días por año calendario para lesiones de cabeza/columna. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Servicios ambulatorios: Limitados a 30 visitas por año calendario. Visitas adicionales por afección específica: Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
	Servicios de habilitación	Pacientes hospitalizados: 25 % de coseguro Pacientes ambulatorios: 25 % de coseguro; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Servicios de hospitalización: Limitados a 30 días por año calendario. Limitados a 60 días por año calendario para lesiones de cabeza/columna. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Servicios ambulatorios: Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.
	Atención de enfermería especializada	25 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Limitados a 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Suministros para diabéticos: 25 % de coseguro; el deducible no se aplica Todo el equipo restante: 25 % de coseguro	50 % de coseguro	Ninguna.
	Servicios de cuidados paliativos	Hospicio: Sin costo; el deducible no se aplica Cuidados de relevo: 25 % de coseguro	Hospicio: Sin costo; el deducible no se aplica Cuidados de relevo: 50 % de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Cuidados de relevo: Limitados a 5 días, hasta 30 días de por vida.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Exámenes oftalmológicos para niños	Sin costo; el deducible no se aplica	Cubierto hasta: $45; el deducible no se aplica	Limitados a 1 examen por año calendario.
	Anteojos para niños	Sin costo; el deducible no se aplica	Cubierto hasta: $170; el deducible no se aplica	Limitados a 1 par por año calendario. El máximo de cobertura depende del tipo de lentes.
	Control odontológico para niños	Sin costo; el deducible no se aplica	Sin costo; el deducible no se aplica	Limitado a 1 servicio cada 6 meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de la póliza o el plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Aborto
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (con determinadas excepciones)
- Atención odontológica (para adultos)
- Tratamiento de fertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención privada de enfermería
- Podología de rutina (cubierto para diabéticos)
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos. (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura (12 visitas)
- Atención quiropráctica (20 visitas)
- Audífonos (uno por oído cada 3 años calendario)
- Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. Consulte ProvidenceHealthPlan.com
- Atención oftalmológica de rutina (para adultos)

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es la siguiente:

- Providence Health Plan al 503-574-8757/1-800-878-4445 (línea gratuita) o ProvidenceHealthPlan.com.
- Para la cobertura de salud grupal sujeta a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Control del Seguro del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323, ext. 61565, o en ciio.cms.gov.
- Los planes de las iglesias no están cubiertos por las normas federales de continuidad de la cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la División de Regulación Financiera de Oregon al 503-947-7984/1-888-877-4894 (línea gratuita) o en dfr.oregon.gov para conocer sus posibles derechos a la continuidad de la cobertura conforme a la ley estatal.

También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, lo que incluye comprar una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado, visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una denuncia contra su plan por el rechazo de un reclamo. Esta denuncia se conoce como queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, mire la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con:

- Providence Health Plan al 503-574-8757/1-800-878-4445 (línea gratuita) o ProvidenceHealthPlan.com.
- División de Regulación Financiera de Oregon al 503-947-7984/1-888-877-4894 (línea gratuita) o dfr.oregon.gov.

¿Este plan ofrece la cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para las primas que lo ayude a pagar un plan a través del mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Chino (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码1-800-878-4445 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, vea la siguiente sección.

Declaración de divulgación de la Ley para la Reducción de Trámites (PRA): De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 o PRA (Ley Pública 104-13), ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que la OMB lo apruebe según la PRA y exhiba un número de control actualmente válido de la OMB, y el público no será obligado a responder a una recopilación de información a menos que exhiba un número de control actual válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C.) § 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no exhibe un número de control actual válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C.) § 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente un minuto por persona encuestada. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la carga estimada o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Oficina de Pólizas e Investigación, a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o al correo electrónico ebsa.opr@dol.gov e indique el número de control de la OMB 12100123.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte del costo que pagaría con planes de salud diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura propia única.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal y alumbramiento en un hospital dentro de la red)

- **El deducible general del plan** **$750**
- **Copago de especialista** **$50**
- **Coseguro del hospital (centro)** **25 %**
- **Otro coseguro** **25 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto/alumbramiento
Servicios del centro para el parto/alumbramiento
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Visita de especialista *(anestesia)*

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$750
Copagos	$10
Coseguro	$3,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es de	**$3,780**

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$750**
- **Copago de especialista** **$50**
- **Coseguro del hospital (centro)** **25 %**
- **Otro coseguro** **25 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de médico de cabecera *(incluye educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles*	$10
Copagos	$900
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es de	**$1,110**

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

- **El deducible general del plan** **$750**
- **Copago de especialista** **$50**
- **Coseguro del hospital (centro)** **25 %**
- **Otro coseguro** **25 %**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles*	$750
Copagos	$100
Coseguro	$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$400
El total que Mia pagaría es de	**$1,550**

*Nota: Este plan tiene otros deducibles para los servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" arriba.

El plan sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

Declaración de no discriminación

El Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*) y el Seguro de Salud de Providence (*Providence Health Assurance*) cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo. El Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence no excluyen a las personas ni las tratan diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo.

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

- Brindan ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como p. ej.:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporcionan servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no sea el inglés, como p. ej.:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llámenos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Si considera que el Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence no le brindaron estos servicios o que lo discriminaron de cualquier otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo, puede presentar una queja por correo ante nuestro coordinador contra la discriminación:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance
Attn.: Non-discrimination Coordinator
PO Box 4158
Portland, OR 97208-4158
Correo electrónico: PHPAppealsandGrievances@providence.org

Si necesita ayuda para presentar una queja, llámenos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY: 711) para recibir asistencia.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono:

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 (TTY)

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

Los miembros de los planes de Oregon pueden presentar una queja en la División de Regulación Financiera al 1-888-877-4894 o visitar https://dfr.oregon.gov/Pages/index.aspx.

Language Access Services:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

CHÚ Ý: N ế u bạn nói Ti ế ng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

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 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-878-4445 (TTY: 711) **번으로 전화해 주십시오**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

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。1-800-878-4445 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-878-4445 (رقم هاتف الصم والبكم: (TTY: 711).

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយ ័ខ ន, សេវាជំនួយផក សេយមិនគិតឈ្ន គឺបនសំប់បំសេ អ្នក។ ជួ ទូរស័ព 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

توجه: اگر هب زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیالت زبانی بصورت رایگان برای شما .بوگیری دیگب 1-800-878-4445 (TTY: 711) اب. اب دشاب می ف

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-878-4445 (ATS : 711).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-878-4445 (TTY: 711)