



<Date>

<sub\_full\_name>  
<sub\_addr\_line\_one>  
<sub\_addr\_line\_two>  
<sub\_addr\_city>, <sub\_addr\_state> <sub\_addr\_zip>

N.º de id. de miembro: <Member #>  
N.º de id. de receta: <RxID>  
GRP de receta: E0001002  
N.º BIN de receta: 004336  
N.º PCN de receta: 77993322

**Importante: Usted se ha inscrito en un nuevo plan para sus servicios de Medicare y Medi-Cal.  
Guarde esta carta como prueba de su cobertura.**

<Name>:

**¡Le damos la bienvenida a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (plan Medicare-Medicaid)!**

A partir del **<effective date>**, usted tendrá un plan de salud Cal MediConnect pensado para darle atención de alta calidad y sin problemas, sin costo adicional para usted. Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y con Medi-Cal para brindarles a los inscritos beneficios de ambos programas.

Su nueva cobertura incluye:

- Sus beneficios de Medicare, incluidos los medicamentos recetados.
- Sus beneficios de Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) que le ayudan con sus necesidades continuas de atención personal. Los LTSS incluyen los Community-Based Adult Services (CBAS, Servicios Comunitarios para Adultos), que son servicios que pueden ayudarlo a que se quede en su hogar todo el tiempo posible. También incluyen atención en una residencia para ancianos si la necesita.
- Su selección de médicos y otros proveedores de nuestra red que trabajan juntos para brindarle la atención que usted necesita.
- Beneficios y servicios adicionales, como atención de la vista, servicios de transporte y un coordinador de atención de la salud, y otros servicios cubiertos, como audífonos, membresía en clubes de salud y clases de ejercicios físicos, asignación para artículos de venta sin receta, cobertura para emergencias en todo el mundo y más.
- Equipo médico duradero, como muletas, andadores y sillas de ruedas.

H0148\_22\_150\_SP\_C\_Approved08092021

[blueshieldca.com/promise](https://blueshieldca.com/promise)

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

**Esta carta es la prueba de su nueva cobertura. Lleve esta carta con usted cuando vaya a la farmacia o a un consultorio hasta que reciba su tarjeta de identificación de miembro.** Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al (855) 905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

### **¿Cuál es el próximo paso?**

Puede empezar a usar los proveedores de atención primaria y las farmacias de la red de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para todos sus servicios de atención de la salud y medicamentos recetados desde el **<effective date>**. Si necesita atención de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede usar proveedores fuera de la red de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Para ayudar con la transición a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quizás pueda seguir usando los médicos que usa ahora durante un período de hasta doce (12) meses desde la fecha de comienzo de su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Para saber cómo hacer esto, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al (855) 905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

También podrá recibir un suministro para 30 días de los medicamentos recetados que toma ahora durante sus primeros 90 días en el plan si toma un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*, si las reglas del plan de salud no le permiten recibir la cantidad indicada por su médico o si es necesario que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan apruebe el medicamento antes.

### **El kit para miembros nuevos incluye:**

- Instrucciones para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
- Instrucciones para obtener más información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Manual para Miembros (Evidencia de Cobertura).

Antes del **<enrollment effective date>**, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro.

Siempre puede encontrar una copia actualizada del Manual para Miembros (Evidencia de Cobertura) en nuestro sitio web en [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect). También puede llamar a Atención al Cliente al (855) 905-3825 para pedirnos que le enviemos un Manual para Miembros por correo postal.

### **¿Cuánto tendré que pagar por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?**

No tendrá que pagar una prima del plan, un deducible ni copagos cuando reciba servicios de salud a través de un proveedor de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

## ¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos recetados?

Cuando usted retire sus medicamentos recetados en una farmacia de nuestra red, pagará un máximo de **\$3.95** cada vez que reciba un medicamento genérico cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y un máximo de **\$9.85** cada vez que reciba un medicamento de marca que esté cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para conocer más detalles.

## ¿Cómo puedo elegir un proveedor de atención primaria?

Para elegir a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), puede ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan en nuestro sitio web en [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) o puede llamar a Atención al Cliente para pedir ayuda.

Su PCP le brindará atención básica o de rutina. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted necesita.

Los PCP de nuestro plan están afiliados con grupos médicos particulares. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo referirá a especialistas y servicios que también están afiliados con su grupo médico. Entonces, si hay un especialista o un hospital en particular de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que desea usar, es importante saber si están afiliados con el grupo médico de su PCP.

Cuando necesite atención de un especialista o servicios adicionales que su PCP no puede brindar, su PCP le dará una referencia. En general, deberá visitar a su PCP para que le dé una referencia para poder ver a cualquier otro proveedor de atención de la salud o para visitar a un especialista. Una vez que el grupo médico de su PCP apruebe esta referencia, puede organizar una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesita. El especialista informará a su PCP cuando usted haya terminado su tratamiento o servicio, para que su PCP pueda seguir administrando su atención.

Además, para que usted reciba ciertos servicios, su PCP tendrá que pedir que el plan los apruebe antes. Esta aprobación anterior es lo que se llama "autorización previa". Por ejemplo, se necesita autorización previa para todas las estadías en el hospital como paciente internado que no sean de emergencia. En algunos casos, el grupo médico afiliado de su PCP, y no su plan, podrá autorizar su servicio.

Puede recibir algunos servicios sin antes obtener la aprobación de su PCP; por ejemplo, servicios de emergencia, atención de urgencia, servicios de diálisis renal de un centro de diálisis certificado por Medicare, vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, atención de rutina para la salud de la mujer y servicios de planificación familiar, etcétera.

## ¿Qué debo hacer si tengo preguntas sobre la cobertura o los proveedores de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

- Llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al (855) 905-3825, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

- Llame al 711 si usa el sistema TTY.
- Visite [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

### ¿Qué pasa si tengo otra cobertura de salud o de medicamentos recetados?

Si tiene otra cobertura de salud o de medicamentos, como la de un empleador o una unión, usted o sus dependientes podrían perder completamente su otra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si se inscriben en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Otros tipos de cobertura de salud y de medicamentos incluyen TRICARE, la cobertura del Departamento de Asuntos de Veteranos o una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Comuníquese con el administrador de beneficios de la otra cobertura de salud o de medicamentos si tiene preguntas sobre su cobertura.
- Si desea cancelar su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, puede llamar a Health Care Options (Opciones de Atención de la Salud) al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si usa el sistema TTY.

### ¿Puedo dejar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan después del <effective date>?

**Sí.** Puede abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o elegir un nuevo plan Cal MediConnect **en cualquier momento del año** llamando a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si usa el sistema TTY.

Si deja Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no desea inscribirse en otro plan Cal MediConnect, su cobertura terminará el último día del mes en que nos avise que deja el plan. Si deja Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no se inscribe en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, estará cubierto por Medicare Original, y Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

### ¿Qué pasa si deseo inscribirme en otro plan Cal MediConnect?

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos de un solo plan, puede inscribirse en otro plan de Cal MediConnect. Para inscribirse en otro plan Cal MediConnect, llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si usa el sistema TTY. Dígalos que desea dejar su plan Cal MediConnect actual e inscribirse en otro plan Cal MediConnect. Si no sabe en qué plan inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes para su área.

### ¿Qué pasa con mi cobertura de Medicare si dejo Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Si deja Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no se inscribe en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, estará cubierto por Medicare Original, y Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si desea inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, si desea recibir más información sobre los planes de Medicare en su área o si tiene preguntas sobre Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

- Llame al 1-877-486-2048 si usa el sistema TTY.
- Visite la página web de Medicare entrando a [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### **¿Qué pasa con mi cobertura de Medi-Cal si dejo Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?**

Debe tener un plan de salud de Medi-Cal para seguir recibiendo sus servicios de Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que lo ayudan con sus necesidades continuas de atención personal. Si deja su plan Cal MediConnect, tendrá que informar a Health Care Options en qué plan de atención administrada de Medi-Cal desea inscribirse.

Para hacerlo, llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si usa el sistema TTY. Dígalos que no desea estar inscrito en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y que desea inscribirse en un plan de atención administrada de Medi-Cal. Si no sabe en qué plan inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes para su área.

### **¿Qué debo hacer si necesito ayuda o más información?**

- Si desea hablar con un asesor de seguros de salud sobre estos cambios y sobre sus opciones, llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al 711 si usa el sistema TTY.
- Si necesita ayuda para inscribirse en un plan Cal MediConnect o Medi-Cal, llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si usa el sistema TTY.
- Si está inscrito en un plan Cal MediConnect y necesita más ayuda, llame al Cal MediConnect Ombuds Program (Programa de Defensoría de Cal MediConnect) al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al (855) 847-7914 si usa el sistema TTY.

---

Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y con Medi-Cal para brindarles a los inscritos beneficios de ambos programas.

Esta no es una lista completa. La información de los beneficios es un breve resumen; no es la descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el Manual para Miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratis.

#### **English:**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

## 中文 (Chinese):

请注意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-855-905-3825（听障和语障专线：711），每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

## 한국어 (Korean):

주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다.

1-855-905-3825 (TTY:

711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

## Русский (Russian):

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

## فارسی (Farsi):

1-855-905-3825 توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. 8:00 صبح تا 8:00، از ساعت (TTY: 711)

## भाषा (Hindi):

ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके ललए भाषा सहायता सेवाएं ननि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना

1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।

## Lus Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau

1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

## Español (Spanish):

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

## Tiếng Việt (Vietnamese):

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị.

Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày y trong tuầ n. Cuộc gọi na y miễn phí.

**Tagalog (Tagalog):**

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

**العربية (Arabic):**

1-855-905-3825 اتصل على الرقم إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. تنبيه:

علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. ، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. (TTY: 711)

**ພາສາລາວ (Laotian):**

ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

**日本語 (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。1-855-905-3825 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。

**ภาษาไทย (Thai):**

เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):**

ਸਾਹਾਯਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | (711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫਰੀ ਹੈ |

**ខ្មែរ (Khmer):**

ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ជ្រាបពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

**Հայերեն (Armenian):**

ՈՒՇԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվել են անվճար լեզվաբան օգնություն ծառայություններ: Չանվաճարելք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

**Українська (Ukrainian):**

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

**Mienh (Mien):**

TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungn muonz, yietc norm liv baiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

Si necesita este documento en otro idioma o en un formato diferente, como letra grande, braille o audio, o si necesita ayuda para entender esta carta, llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si usa el sistema TTY. Puede obtener esta información gratis.



## La discriminación es contra la ley

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles aplicables, y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, país de origen, identificación con un determinado grupo étnico, estado de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental ni discapacidad física.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lengua de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Si cree que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, identificación con un determinado grupo étnico, estado de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad física o mental, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan  
Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755  
Teléfono: (844) 883-2233 (TTY: 711) / Fax: (323) 889-2228  
Correo electrónico: [BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com](mailto:BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com)

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, que está disponible 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, D.C. 20201  
1-800-368-1019, (TTY 800-537-7697)  
Portal de quejas: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)

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

H0148\_20\_503\_SP