



Independent Health

Plan Passport Select

Cobertura para: Todos los niveles | Tipo de plan: PPO



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC 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](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-501-3439 o visite www.independenthealth.com. Para definiciones generales de términos comunes, como [importe permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.independenthealth.com o llamar al 1-800-501-3439 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué esto es importante?:
¿Cuál es el deducible global?	Dentro de la red: \$750 Individual / \$1,500 Familiar Fuera de la red: \$2,000 Individual / \$4,000 Familiar	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el importe del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el importe total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar global.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	Sí, la atención preventiva y otras categorías importantes de servicios, tal como se identifican en el SBC, no están sujetas al deducible.	Este plan cubre algunos elementos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el importe del deducible . Sin embargo, puede aplicarse un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red: \$3,000 Individual / \$6,000 Familiar; para proveedores fuera de la red: \$10,000 Individual / \$20,000 Familiar.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, cargos de saldo facturados, importes de penalización y servicios no cubiertos.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.independenthealth.com o llame al 1-800-501-3439 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los exámenes de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica del proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago / visita	40 % de coseguro	---Ninguna--- Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Visita a un especialista	\$50 de copago / visita	40 % de coseguro	---Ninguna--- Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Atención preventiva/prueba /vacunación	Sin cargo	40 % de coseguro	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique qué servicios paga su plan. Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
Si se realiza una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Radiografía: \$15 de copago / visita; Análisis de sangre: \$0 de copago / visita; ECG: 10 % de coseguro	40 % de coseguro	---Ninguna--- Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Imágenes (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	\$15 de copago / visita	40 % de coseguro	Servicios de radiología, distintos de las radiografías, que incluyen, entre otros, MRI, angiografía por resonancia magnética (MRA), CT, imágenes de perfusión miocárdica y PET.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.independenthealth.com	Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$15	No está cubierto	Pedido por correo: Debe adquirirse en ProAct o Wegmans. Farmacia minorista: Debe surtir en una farmacia participante.
	Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$30	No está cubierto	Pedido por correo: Debe adquirirse en ProAct o Wegmans. Farmacia minorista: Debe surtir en una farmacia participante.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$60	No está cubierto	Pedido por correo: Debe adquirirse en ProAct o Wegmans. Farmacia minorista: Debe surtir en una farmacia participante.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Honorarios del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$100 de <u>copago</u> / visita	\$100 de <u>copago</u> / visita	<u>Copago</u> eximido si es admitido
	Transporte médico de emergencia	\$100 de <u>copago</u> / traslado	\$100 de <u>copago</u> / traslado	Debe considerarse <u>médicamente necesario</u>
	Atención de urgencia	\$75 de <u>copago</u> / visita	\$75 de <u>copago</u> / visita	---Ninguna---
Si tiene una hospitalización	Tarifa por el uso de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Habitación semiprivada, por ingreso. Puede requerirse una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Honorarios del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	---Ninguna--- Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o para el abuso de sustancias.	Servicios ambulatorios	\$0 de <u>copago</u> / visita	40 % de <u>coseguro</u>	---Ninguna--- Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Servicios de hospitalización	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Habitación semiprivada, por ingreso. Puede requerirse una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	\$0 de <u>copago</u> / visita	40 % de <u>coseguro</u>	No se cobrará nada después del diagnóstico inicial. Proporcionado de acuerdo con las directrices de USPSTF y HRSA.
	Servicios profesionales de parto	Médico: 10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Habitación semiprivada, por ingreso. Puede requerirse una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Servicios de centro de parto	Parto: 10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Habitación semiprivada, por ingreso

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si usted necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Hasta 40 visitas por año del contrato. Puede requerirse una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Servicios de rehabilitación	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Hasta 20 visitas por año del contrato combinadas
	Servicios de habilitación	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	---Ninguna---
	Atención de enfermería especializada	10 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Habitación semiprivada, por ingreso. Hasta 45 días por año del contrato. Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Equipos médicos duraderos	50 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera una autorización. De no obtenerla, podría acarrear una penalización de hasta un 50 % de reducción en los servicios cubiertos por cada caso.
	Servicios de cuidados paliativos	\$0 de <u>copago</u> / ingreso	40 % de <u>coseguro</u>	---Ninguna---
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para hijos	\$0 de <u>copago</u> / visita	No está cubierto	Una vez cada 12 meses
	Gafas para hijos	Sencillo: \$50 Bifocales: \$70	No está cubierto	Comuníquese con EyeMed para conocer otras opciones al 1-877-842-3348.
	Revisión dental de hijos	No está cubierto	No está cubierto	---Ninguna---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o [plan](#) para obtener más información y una lista de los demás [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| • Acupuntura | • Cuidados a largo plazo | • Atención oftalmológica de rutina (adultos) |
| • Cirugía estética | • Atención médica no urgente al viajar al extranjero fuera de los EE. UU. | • Cuidado de los pies de rutina |
| • Atención dental (adultos) | • Enfermería privada | • Programas de pérdida de peso |
| • Audífonos | | |

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------------------|
| • Cirugía bariátrica | • Atención quiropráctica | • Tratamiento de la infertilidad |
|----------------------|--------------------------|----------------------------------|

Sus derechos para continuar la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de dichas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 extensión 61565 o en www.cciio.cms.gov. También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de un seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para apelaciones y quejas: Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Contacto: Community Service Society of New York al 1-888-614-5400 o <http://www.communityhealthadvocates.org/>.

¿Este plan ofrece la Cobertura mínima esencial? Sí.

La Cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas.

¿Este plan cumple con los Estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los Estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para primas para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del Mercado.

Servicios de asistencia lingüística:

Consulte la declaración de prohibición de discriminación y servicios de asistencia lingüística que se incluyen en este documento.

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:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Enfóquese en los importes de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)		Controlar la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención médica rutinaria dentro de la red para una afección bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ <u>Deducible global del plan</u>	\$750	■ <u>Deducible global del plan</u>	\$750	■ <u>Deducible global del plan</u>	\$750
■ <u>Copago de especialista</u>	\$50	■ <u>Copago de especialista</u>	\$50	■ <u>Copago de especialista</u>	\$50
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	10 %	■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	10 %	■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	10 %
■ <u>Otro copago</u>	\$50	■ <u>Otro copago</u>	\$50	■ <u>Otro copago</u>	\$50
Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Consultas con especialistas (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales de parto Servicios de instalaciones de parto Pruebas diagnósticas (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con especialista (<i>anestesia</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Consultas con el médico de atención primaria (<i>incluida la educación sobre la enfermedad</i>) Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta Equipos médicos duraderos (<i>glucómetro</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencia (<i>incluidos los suministros médicos</i>) Prueba diagnóstica (<i>radiografía</i>) Equipos médicos duraderos (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)	
Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$7,400	Costo total del ejemplo	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos		Costos compartidos		Costos compartidos	
Deducibles	\$700	Deducibles	\$700	Deducibles	\$700
Copagos	\$50	Copagos	\$200	Copagos	\$200
Coseguro	\$1,100	Coseguro	\$0	Coseguro	\$40
Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$1,910	El total que Joe pagaría es	\$960	El total que Mia pagaría es	\$940

Nota: En estas cifras se asume que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), puede reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, póngase en contacto con: Servicios para Miembros de Independent Health al 1-800-501-3439.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

Declaración de prohibición de discriminación y servicios de asistencia lingüística

If you, or someone you're helping, have questions about Independent Health, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-501-3439.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Independent Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-501-3439.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入Independent Health 項目的名稱Independent Health 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話[在此插入數字1-800-501-3439。

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Independent Health, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-800-501-3439.

Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan Independent Health, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-501-3439.

만약귀하또는귀하가돕고있는어떤사람이 Independent Health 에관해서질문이있다면귀하는그러한 도움과정보를귀하의언어로비용부담없이얻을수있는권리가 있습니다. 그렇게통역사와얘기하기 위해서는 1-800-501-3439 로전화하십시오.

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su Independent Health, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-800-501-3439.

אויב איר, אדער עמצער איר העלפסט, האט פראגעס וועגן, Independent Health איר האט דאס רעכט צו באקומען הילף און אינפארמאציע און איינער שפראך אומזיסט. צו רעדן מיט דער איבערזעצער, קלונג 1-800-501-3439

যদি আপনি, অথবা আপনি অন্য কাউকে সহায়তা করছেন, সম্পর্কে প্রশ্ন আছে Independent Health অধিকার আছে বিনা খরচে আপনার নিজস্ব ভাষাতে সাহায্য পাবার এবং তথ্য জানবার। অনুবাদকের সাথে কথা বলার জন্য, কল করুন 1-800-501-3739

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie Independent Health, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-800-501-3439.

إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة بخصوص Independent Health ، فإليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-800-501-3439

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Independent Health, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-800-501-3439.

اگر آپ کسی کو مدد دے رہے ہیں اور آپ دونوں کو سوال ہے Independent Health کے بارے میں، تو آپ دونوں کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمان سے بات کرنے کے لیے، 1-800-501-3439 فون کریں۔

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Independent Health, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap angisang tagasalin, tumawag sa 1-800-501-3439.

Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις γύρω απο το Independent Health, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε σε έναν διερμηνέα, καλέστε 1-800-501-3439.

Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, ka pyetje për Independent Health, keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion falas në gjuhën tuaj. Për të folur me një përkthyes, telefononi numrin 1-800-501-3439.

La discriminación está contra la ley

Independent Health cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Independent Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Independent Health:

- Proporciona gratuitamente servicios y ayudas a las personas con discapacidad para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (impresión en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona gratuitamente servicios lingüísticos para personas cuyo idioma natal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Independent Health.

Si usted cree que Independent Health ha fallado en proveer estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Departamento de Servicios para Miembros de Independent Health, 511 Farber Lakes Drive, Buffalo, NY 14221, 1-800-501-3439, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-432-1110, fax (716) 635-3504, memberservice@servicing.independenthealth.com. Usted puede presentar una queja en persona o por correo regular, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios para Miembros de Independent Health está a su disposición para ayudarle.

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

U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington,
D.C. 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>