



El documento de resumen de beneficios y cobertura le ayudará a elegir un [plan](#) de seguro médico. El resumen de beneficios y cobertura le muestra cómo usted y el [plan](#) comparten los costos por los servicios de atención médica cubiertos. **FÍJESE BIEN:** Los datos sobre el costo de este [plan](#) (es decir, la [prima de seguro](#)) se proporcionarán por separado. Éste es solo un resumen. Si desea recibir más información sobre su cobertura, o para conseguir copia de todos los términos de la cobertura, llame al 1-855-769-6642 o consulte el sitio web www.truehealthnewmexico.com. Consulte el glosario para conseguir las definiciones generales de los términos comunes, tales como la [cantidad permisible](#), [facturación de saldo adicional](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor de servicios médicos](#) u otros términos [subrayados](#). Usted puede consultar el glosario en el sitio web <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf> o llame al 1-855-756-4448 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el deducible total?	\$750 individual / \$1,500 familia	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos que cobren los proveedores de servicios médicos hasta que pague la cantidad del deducible , antes de que empiece a pagar este plan . Si el plan cubre otros familiares, cada familiar tiene que pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que hayan pagado todos los familiares cumpla el deducible general de la familia.
¿Hay servicios que cubre el plan antes de que usted pague su deducible ?	Sí; los servicios y la atención médica preventiva si se indica un copago.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si usted no ha pagado la cantidad del deducible . Sin embargo, tal vez se apliquen un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios médicos preventivos sin costos compartidos y antes de pagar su deducible . Usted puede consultar una lista de servicios médicos preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles por servicios específicos.
¿Qué es el límite que rige los gastos del bolsillo conforme a este plan ?	\$6,000 individual / \$12,000 familia.	El límite que rige los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si el plan cubre otros familiares, cada familiar tiene que pagar su propio límite que rige los gastos del bolsillo hasta que la cantidad del límite que rige los gastos del bolsillo general de la familia se haya cumplido.
¿Cuáles son los costos que no cuentan con respecto al límite que rige los gastos del bolsillo ?	La prima de seguro , los cobros de facturación de saldo adicional y la atención médica que no cubre este plan .	Aunque a usted le corresponde pagar estos gastos, no se cuentan con respecto al límite que rige los gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si usted consulta a un proveedor de servicios médicos de la red ?	Sí. Consulte www.truehealthnewmexico.com o llame al 1-855-769-6642 para conseguir una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores de servicios médicos . Usted pagará menos si consulta a un proveedor de servicios médicos de la red . Usted pagará más si consulta a un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red y tal vez reciba una factura del proveedor de servicios médicos por la diferencia entre lo que cobra el proveedor de servicios médicos y lo que paga su plan (facturación de saldo adicional). Es importante que sepa que su proveedor de servicios médicos de la red pudiera utilizar los servicios de un proveedor de servicios médicos que no forme parte de la red (por ejemplo, servicios de laboratorio). Pregúntele a su proveedor de servicios médicos antes de recibir los servicios.
¿Necesita usted un referido para consultar a un especialista ?	No	Usted puede consultar al especialista que desee sin referido.



Todas las cantidades de [copagos](#) y [coseguros](#) que se indican en la tabla a continuación son después de que usted haya pagado su [deducible](#), si está sujeto al [deducible](#).

Suceso médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otros datos importantes
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si le atienden en la clínica o en el consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico de cabecera para tratar una enfermedad o herida	\$20 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$50 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Ninguna
	Evaluaciones/servicios preventivos/vacunas	No se le cobra nada a usted; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Ninguna
Si se hace una prueba	Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	No se le cobra nada a usted; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Ninguna
	Imágenes (ecografías <i>CT/PET, MRI</i>)	\$300 es el copago por cada prueba; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o problema médico Está a su disposición más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.truehealthnewmexico.com .	Medicamentos genéricos	\$15 en una tienda; \$45 por correo por cada receta médica; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Se cubre un suministro máximo de 30 días con tal que se compre en una tienda. El plan cubre un suministro de 90 días de encargos por correo, con tal que se consiga en la red.
	Medicamentos de marca que favorece el plan	\$45 en una tienda; \$135 por correo por cada receta médica; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	THNM ofrece unos medicamentos selectos por un copago de \$0 con tal que se compren en una farmacia que participe en la red. Si desea ver una lista completa de dichos medicamentos, consulte la lista de medicamentos [<i>formulary</i>] que cubre THNM.
	Medicamentos de marca que no favorece el plan	\$75 en una tienda; \$225 por correo por cada receta médica; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	
	Medicamentos especializados que favorece el plan	\$400 por cada receta médica; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Se cubre un suministro máximo de 30 días con tal que se compre en una tienda. Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
	Medicamentos especializados que no favorece el plan	El coseguro es el 50%	No lo cubre el plan	

Suceso médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otros datos importantes
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si se hace una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro clínico (p.ej., un centro de cirugía ambulatoria)	El coseguro es el 30%	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
	Tarifa del médico/cirujano	El coseguro es el 30%	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
Si necesita atención médica enseguida	Atención en la sala de emergencias	\$300 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	\$300 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	No se tiene que hacer el copago si ingresa al hospital
	Traslado médico de emergencia	El coseguro es el 30%	El coseguro es el 30%	Ninguna
	Centro de atención médica urgente	\$50 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	\$50 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	Ninguna
Si ingresa al hospital	Tarifa del centro clínico (p.ej., la habitación en el hospital)	\$1,500 es el copago por cada ingreso; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
	Tarifa del médico/cirujano	No se le cobra nada más a usted; se cubre con la tarifa del centro clínico; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
Si necesita servicios de salud mental, de la salud del comportamiento o por abuso de sustancias adictivas	Servicios para pacientes ambulatorios	No se le cobra nada a usted; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
	Servicios para pacientes internados	El \$1,500 es el copago por cada ingreso; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	

Suceso médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otros datos importantes
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si está embarazada	Consultas en el consultorio médico	\$50 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Un copago máximo de \$300 por cada embarazo.
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	No se le cobra nada más a usted; se cubre con la tarifa del centro clínico; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	No se cubre el parto en casa.
	Servicios de parto/alumbramiento que se prestan en el centro clínico	\$1,500 es el copago por cada ingreso; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	No se cubre el parto en casa.
Si necesita servicios de recuperación o si tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	El coseguro es el 30%	No lo cubre el plan	Se limita la cobertura a 100 consultas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	\$20 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$20 es el copago por cada consulta; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
	Cuidado de enfermería especializado	\$1,500 es el copago por cada ingreso; no se aplica el deducible	No lo cubre el plan	Se limita la cobertura a 60 días/consultas por año calendario.
	Equipo médico duradero	El coseguro es el 30%	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.
	Cuidado de hospicio (para pacientes que padecen enfermedades terminales)	El coseguro es el 30%	No lo cubre el plan	Si no se consiguiera la autorización previa, a lo mejor se deniegue la cobertura.

Suceso médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otros datos importantes
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si su hijo(a) necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para los menores	No lo cubre el plan	No lo cubre el plan	Ninguna
	Anteojos para los menores	No lo cubre el plan	No lo cubre el plan	Ninguna
	Consulta dental para los menores	No lo cubre el plan	No lo cubre el plan	La cobertura dental pediátrica se puede comprar por separado como póliza independiente.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que, por lo general, NO cubre su [plan](#). (Consulte su póliza de seguro o el documento del [plan](#) para conseguir más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Cuidado dental (adultos) • Aparatos auditivos (adultos) • Servicios de parto en casa | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos para la infertilidad (salvo por el diagnóstico y los tratamientos que sean médicamente indicados por problemas físicos que causan la infertilidad) • Atención médica a largo plazo • Atención médica que no sea de emergencia cuando esté viajando fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios particulares de enfermería • Cuidado rutinario de la vista (adultos) • Programas para perder peso (salvo si son médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida) |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos. (A lo mejor hay limitaciones que rigen estos servicios. Esta es una lista parcial. Favor de consultar el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de aborto • Acupuntura (un máximo de 20 consultas/año) | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica (un máximo de 20 consultas/año) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies (solo para diabéticos) |
|---|--|--|

Su derecho a continuar la cobertura:

Hay agencias que le pueden ayudar si usted desea continuar su cobertura de seguro médico después de que se termine. La información para comunicarse con esas agencias es: el plan al 1-855-808-3568, la Administración de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados [*Employee Benefits Security Administration*] del Departamento del Trabajo de los EE. UU., al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/shealthreform, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Datos del Consumidor y de Supervisión de Seguros [*Center for Consumer Information and Insurance Oversight*], al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. A lo mejor hayan otras opciones de cobertura de seguro que estén a su disposición, incluso puede comprar la cobertura de seguro individual en el Mercado de Seguros Médicos. Si desea conseguir más información sobre el Mercado, consulte el sitio web www.Healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar reclamaciones o apelaciones:

Hay agencias que le pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por haber rechazado una [demanda de pago](#) al seguro. Dicha queja se llama una [reclamación](#) o [apelación](#). Si desea conseguir más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que usted recibirá para esa [demanda de pago](#) al seguro. Además los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa sobre cómo se presenta una [demanda de pago](#), una [apelación](#) o una [reclamación](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para informarse más afondo sobre sus derechos o este aviso o si necesita ayuda, llame a True Health New Mexico al 1-855-769-6642. Además se puede comunicar con la Administración de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados [*Employee Benefits Security Administration*] del Departamento del Trabajo de los EE. UU., al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/shealthreform.

Además puede llamar a la Oficina del Superintendente de Seguros al 1-855-827-4734.

¿Provee este plan la cobertura esencial mínima? Sí.

Si usted no tuviera la cobertura esencial mínima por un mes, tendrá que hacer un pago al presentar su declaración de impuestos, salvo si califica para un exención del requisito de tener la cobertura de seguro ese mes.

¿Satisface este plan el estándar de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumpliera el estándar de valor mínimo, a lo mejor usted sea elegible para recibir créditos fiscales para las primas que le ayudan a pagar un [plan](#) mediante el Mercado.

Servicio de acceso para personas que prefieran comunicarse en otros idiomas:

Consulte la información sobre los servicios de acceso en varios idiomas que se encuentra al final de este documento.

————— Para consultar ejemplos de cómo este plan pudiera cubrir los costos en una situación médica de muestra, consulte la sección siguiente. —————

Con respecto a estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un instrumento para calcular los costos. Los tratamientos que se indican solo son ejemplos de cómo este [plan](#) pudiera cubrir la atención médica. Sus costos finales serán distintos dependiendo de la atención médica que usted reciba, los precios que cobren sus [proveedores de servicios médicos](#) y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos compartidos](#) (los [deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios que se excluyen](#) conforme al [plan](#). Utilice estos datos para comparar la porción de los costos que a lo mejor tendría que pagar conforme a distintos [planes](#) de seguro médico. Es importante que usted sepa que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de solo un asegurado.

Margarita está en cinta (nueve meses de atención médica prenatal dentro de la red y el parto en el hospital)		Para contralar la diabetes tipo 2 de José (un año de atención médica rutinaria dentro de la red para una enfermedad bien controlada)		Mayra tiene una fractura sencilla (vista a la sala de emergencias de la red y atención médica de seguimiento)	
■ El deducible total del plan	\$750	■ El deducible total del plan	\$750	■ El deducible total del plan	\$750
■ Especialista (copago)	\$50	■ Especialista (copago)	\$50	■ Especialista (copago)	\$50
■ Hospital (centro clínico) (coseguro)	\$1,500	■ Hospital (centro clínico) (coseguro)	\$1,500	■ Hospital (centro clínico) (coseguro)	\$1,500
■ Otro (coseguro)	\$1,500	■ Otro (coseguro)	\$1,500	■ Otro (coseguro)	\$1,500
Este EJEMPLO incluye servicios como: Consultas en el consultorio del especialista (<i>atención médica prenatal</i>) Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de parto/alumbramiento que se prestan en un centro clínico Pruebas diagnósticas (<i>ultrasonido y análisis de sangre</i>) Visita de un especialista (<i>anestesia</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Consultas en el consultorio del médico de cabecera (<i>incluso la instrucción sobre la diabetes</i>) Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta Equipo médico duradero (<i>medidor de la glucosa</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (<i>incluso los suministros médicos</i>) Pruebas diagnósticas (<i>radiografías</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>)	
Costos totales del ejemplo	\$13,600	Costos totales del ejemplo	\$7,500	Costos totales del ejemplo	\$2,300
En este ejemplo, Margarita pagaría:		En este ejemplo, José pagaría:		En este ejemplo, Mayra pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0	Deducibles	\$800	Deducibles	\$600
Copagos	\$2,500	Copagos	\$1,300	Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0	Coseguro	\$500	Coseguro	\$200
<i>Lo que no se cubre</i>		<i>Lo que no se cubre</i>		<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$0
La suma total que pagaría Margarita es	\$2,600	La suma total que pagaría José es	\$2,700	La suma total que pagaría Mayra es	\$1,900

El [plan](#) tiene la responsabilidad de pagar todos los demás costos por los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-769-6642 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-769-6642 (TTY: 711).
Navajo	Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih 1-855-769-6642 (TTY: 711.)
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-769-6642 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-769-6642 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-769-6642 (TTY: 711)。
Arabic	مكبل او مصلافتاه مقر) 1-855-769-6642 مقر بل صتا. بناجملاب كل رفاوتت ةي وغللا ةدعاسم لا تامدخ ناف، ةغللار كذا اذحتت تنك اذا؛ ةظوحلم: 711.)
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-769-6642 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog-Filipino	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-769-6642 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-769-6642 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-769-6642 (ATS : 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-769-6642 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-769-6642 (телетайп: 711).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-769-6642 (TTY: 711)
Farsi	اب. دشاب یم مهارف امش یارب ناگی ار تروصب ینابز تلایسرت، دی نک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا. هجوت (TTY: 711) دیریگب سامت 1-855-769-6642.
Thai	เจี๊ยน: ถัด คนพูดภาษาไทยคนสามารถขอรับบริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-769-6642 (TTY: 711).



Notice of Non-Discrimination and Accessibility *Aviso de no discriminación y accesibilidad*

The following is a statement describing nondiscrimination for True Health New Mexico and the services it provides to its clients and members.

- We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender in our health programs or activities.
- We provide help free of charge to people with disabilities or whose primary language is not English. To ask for a document in another format such as large print, or to get language help such as a qualified interpreter, please call True Health New Mexico Customer Service at 1-855-769-6642, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m. TTY: 1-800-659-8331.
- If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can send a complaint to: True Health New Mexico Compliance Hotline, 2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601, Albuquerque, NM 87110. Phone: 1-855-882-3904. Fax: 1-866-231-1344.

You also have the right to file a complaint directly with the U.S. Dept. of Health and Human Services online, by phone, or by mail:

- Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Phone: Toll-free: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Mail: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

Aviso de no discriminación y accesibilidad

A continuación presentamos una declaración que resume la norma de no discriminación de True Health New Mexico y los servicios que prestamos a nuestros clientes y asegurados.

- No discriminamos por la raza, el color, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo en nuestras actividades o programas de salud.
- Ayudamos gratuitamente a las personas que tienen discapacidades o cuyo idioma nativo no es el inglés. Para pedir un documento en otro formato, como en letra grande, o para recibir la ayuda de un intérprete calificado, favor de llamar al Centro de Atención al Cliente de True Health New Mexico al 1-855-769-6642, para los servicios TTY llame al 1-800-659-8331, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde.
- Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de alguna otra manera por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja a: True Health New Mexico Compliance Hotline [línea telefónica directa de cumplimiento], 2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601, Albuquerque, NM 87110. Teléfono: 1-855- 882-3904. Fax: 1-866-231-1344.

Además tiene derecho a presentar una queja directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. [*U.S. Dept. of Health and Human Services*] ya sea en línea, por teléfono o por correo:

- En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de queja están a su disposición en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Por teléfono: Línea telefónica gratis: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Por correo: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201