

# Solicitud de cobertura independiente de la vista

La cobertura de la vista está suscrita por QCC Insurance Company.

## Instrucciones:

1. Debe usar esta solicitud si desea inscribirse en un plan independiente de la vista comprado directamente de Independence Blue Cross. Los planes de salud disponibles mediante esta solicitud no son aptos para la obtención de créditos tributarios federales para primas ni para las reducciones de costos compartidos, disponibles en virtud de la ley del sistema de salud.
2. Complete todas las secciones y escriba claramente en letra de imprenta con tinta negra.
3. Lea detenidamente y firme el documento adjunto **Declaraciones y condiciones de inscripción**.
4. Si su cónyuge, pareja doméstica y dependiente también solicita la cobertura, proporcione su información. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja por separado con su firma y la fecha (Secciones C y G).
5. Seleccione una de las siguientes opciones de pago para su plan de la vista.

### Primer pago:

- Se aceptan tarjetas de crédito y débito y tarjetas de débito prepagas para la prima del primer mes. Puede hacer lo siguiente:
- Pague por teléfono llamando al 1-888-879-4891 (TTY: 771).
- O visite [ibx4you.com/payment](http://ibx4you.com/payment) para obtener instrucciones sobre cómo pagar en línea a través de e-Bill.

Si prefiere realizar su primer pago mediante cheque, envíelo junto con esta solicitud a la dirección que figura en el formulario.

### Pagos corrientes:

Para obtener instrucciones sobre cómo realizar pagos corrientes, visite [ibx4you.com/payment](http://ibx4you.com/payment) o llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

**Importante:** El recibo de su pago inicial no significa que usted ya está inscrito en este programa. Su cobertura no comenzará hasta que se haya procesado esta solicitud, se le haya asignado una fecha de entrada en vigencia y se haya recibido su pago. No proporcionar toda la información solicitada podría causar demoras en el procesamiento de su solicitud. Si no podemos procesar su solicitud, le devolveremos el cheque por correo.

6. Todos los suministros y servicios cubiertos tienen un periodo de espera de 30 días.
7. Una vez que su póliza esté activa, si decide no renovarla, no podrá solicitar una nueva póliza de la vista con la compañía hasta un año después de la fecha de renovación.
8. Una vez completados los documentos, asegúrese de hacer una copia y guardarla en sus archivos. Envíe su solicitud por correo a:

Independence Blue Cross  
P.O. Box 8240  
Philadelphia, PA 19101

Todos los pagos futuros de primas deben enviarse a la dirección que aparece en su factura mensual.

La recopilación de datos de raza, etnia e idioma es confidencial y voluntaria. Estamos recopilando esta información como parte de nuestros esfuerzos para apoyar una cobertura equitativa e integral. La información sobre factores demográficos: (1) se mantendrá privada; (2) no podrá ser utilizada por el asegurador para determinaciones de elegibilidad, suscripción o calificación; y (3) el asegurador no denegará una solicitud basándose en la negativa del solicitante a responder las preguntas relacionadas con datos demográficos. Nuestros analistas de datos pueden analizar estos datos para respaldar iniciativas de salud equitativas e integrales. Para obtener información sobre las políticas y los procedimientos del Plan para gestionar el acceso y el uso de datos de raza, etnia e idioma, incluidos los controles para el acceso físico y electrónico a los datos, el uso permitido de los datos, así como el uso no permitido de los datos, consulte el Aviso de prácticas de privacidad en [ibx.com/privacy](http://ibx.com/privacy).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a Independence Blue Cross al 1-844-762-2140, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. También puede visitar [ibx4you.com/vision](http://ibx4you.com/vision) para presentar su solicitud en línea.

Únicamente para uso de la oficina

Número de solicitud: \_\_\_\_\_

ID de cuenta: \_\_\_\_\_

### Solicitud de cobertura para la atención de la vista

La cobertura de la vista está suscrita por QCC Insurance Company\*

Para ser elegible para recibir cobertura, lo siguiente debe ser cierto:

- El solicitante principal debe ser mayor de 19 años.
- Los solicitantes deben ser residentes de los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery o Philadelphia en Pennsylvania.
- Los hijos dependientes deben tener entre 19 y 26 años para los planes de adultos.
- Los hijos dependientes de hasta 26 años son elegibles para los planes familiares.

### SECTION A — Selecciones de planes

Elección del plan			
Atención independiente de la vista			
Adult Vision Care 150	Family Vision Care 150	Adult Vision Care 200	Family Vision Care 200
Tipo de cobertura	Razón de la solicitud	Opciones de pago	Únicamente para uso de la oficina
Solicitante únicamente Solicitante y cónyuge o pareja doméstica Padre/madre e hijo Padre/madre e hijos Familia (padre, madre e hijos)	Nueva inscripción Agregar cónyuge/pareja doméstica Agregar hijo dependiente Renovación (cambio de plan)	Cheque adjunto Tarjeta de crédito/débito/débito prepaga (solo para el primer pago): llame al 1-888-879-4891 o visite <a href="http://ibx4you.com/payment">ibx4you.com/payment</a> .	Fecha de entrada en vigencia: _____

### SECTION B — Información del solicitante principal (debe ser mayor de 19 años)

Nombre del solicitante principal: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer: M F Otro Prefiero no responder
_____	____/____/____	_____	
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)†			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		

\*Solo disponible para personas que cumplan ciertos requisitos (consulte la Sección G: Declaraciones y condiciones de inscripción).

†La información sobre factores demográficos: (1) se mantendrá privada; (2) no podrá ser utilizada por el asegurador para determinaciones de elegibilidad, suscripción o calificación; y (3) el asegurador no denegará una solicitud basándose en la negativa del solicitante a responder las preguntas relacionadas con datos demográficos.



## SECTION B – Información del solicitante principal (continuación)

Idioma preferido					
Inglés	Español	Chino			
Italiano	Portugués	Otro			
Prefiero no responder					
Identidad cultural (Seleccione hasta 5)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

## SECTION C – Datos familiares (si se inscriben)\*

Nombre del cónyuge/pareja doméstica: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____/____/____	_____	M    F    Otro
			Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION C – Datos familiares (continuación)\*

Identidad cultural (Seleccione hasta 5)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

Nombre del dependiente: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____ / ____ / ____	_____	M    F    Otro Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION C – Datos familiares (continuación)\*

Identidad cultural (Seleccione hasta 5)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

Nombre del dependiente: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____ / ____ / ____	_____	M    F    Otro
			Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION C – Datos familiares (continuación)\*

Identidad cultural (Seleccione hasta 5)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

Nombre del dependiente: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____ / ____ / ____	_____	M    F    Otro Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION C – Datos familiares (continuación)\*

Identidad cultural (Seleccione hasta 5)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

## SECTION D – Información personal

Domicilio			Dirección postal (si no es igual al domicilio)		
Calle (no se permite P.O. Box)			Calle		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Condado			Condado		

## SECTION E – Información de contacto

Número de teléfono particular (      )	Número de teléfono móvil (      )	Dirección de correo electrónico
Mejor hora para llamarlo: Mañana      Tarde	Mejor lugar para llamarlo: Particular      Comercial      Móvil	

## SECTION F – Información del hogar

A. ¿Viven todos los solicitantes en el mismo domicilio?		Sí	No
Si la respuesta es "No", indique el motivo:		Dirección:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
B. ¿Viven todos los solicitantes en el condado de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery o Philadelphia?		Sí	No
Si la respuesta es "No", indique el motivo:		Dirección:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION D — Declaraciones y condiciones de inscripción

*Lea detenidamente antes de firmar a continuación.*

Al solicitar cobertura de QCC Insurance Company ("la compañía") para mí y para los familiares dependientes que indico en la Sección C, comprendo y acepto lo siguiente:

- Para conocer la fecha de vigencia de su cobertura, consulte la información en la Carta de Tarifas de la Prima.
  - La cobertura no comienza hasta que la compañía procese la solicitud con una fecha de entrada en vigencia asignada y se reciba el pago.
  - Se aceptan pagos con tarjeta de crédito/débito y tarjetas de débito prepagas únicamente para la prima del primer mes.
  - El recibo del pago inicial no constituye inscripción en ningún programa.
  - La compañía solo proporciona esta cobertura a residentes de las zonas geográficas de los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, en Pennsylvania. La compañía se reserva el derecho de investigar y confirmar su lugar de residencia.
- La compañía podrá anular esta póliza de beneficios no grupal dentro de un plazo de tres (3) años desde la fecha de entrada en vigencia si se determinara que esta póliza de beneficios no grupal se obtuvo o mantuvo suministrando intencionalmente una tergiversación material de datos, excepto en caso de fraude, en el que no habrá plazo límite para la anulación de la póliza.
- Los términos y condiciones de la cobertura estarán controlados por el acuerdo por escrito con la compañía, y dicha compañía podrá adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones para administrar los beneficios de la póliza. Se reconoce que la cobertura solo se aplicará en admisiones y servicios que se presten a partir de la fecha de entrada en vigencia.
- Al inscribirme en este programa de beneficios, me doy por enterado de que en relación con la administración de beneficios, o el suministro o recepción de ellos, de conformidad con esta póliza no grupal, la compañía usará y revelará protected health information (PHI, información de salud protegida) para fines de treatment, payment, and operations (TPO, tratamiento, pago y operaciones) según la definición de estos términos establecida por las leyes federales.**
- Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otras personas, presente una solicitud de seguro, reclamación o demanda que contenga información material falsa u oculte, con el propósito de engañar, información acerca de cualquier dato material relevante, estará cometiendo un acto fraudulento contra seguros, que constituye un delito, y quedará sujeta a sanciones civiles y penales.
- Puedo confirmar que ninguna persona que esté solicitando seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o presa).

Firma(s) obligatoria(s)

Reconozco que he leído y entiendo todas las declaraciones en esta solicitud y que he proporcionado la información solicitada.

La información suministrada en la solicitud y en cualquier anexo firmado es exacta y completa a mi leal saber y entender. No se ha retenido ni omitido ninguna información material acerca de ninguno de los solicitantes. Comprendo que si no aparecen mi firma y la fecha y mis respuestas están incompletas, la solicitud será rechazada o devuelta para ser completada.

FIRME AQUÍ

X \_\_\_\_\_ / /  
Firma del solicitante/padre, madre o tutor legal Fecha

FIRME AQUÍ

X \_\_\_\_\_ / /  
Firma del cónyuge o la pareja doméstica del solicitante (si solicita la cobertura) Fecha

## SECTION E — Declaración de responsabilidad (si corresponde)

Para completar si el solicitante no puede completar o no ha completado la solicitud:

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y completado el formulario de solicitud en lugar del solicitante principal por los siguientes motivos:

El solicitante no habla inglés.

El solicitante no lee en inglés.

El solicitante no escribe en inglés.

Otro (explique).

Traduje y expliqué completamente las "Declaraciones y condiciones de inscripción". También traduje el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, obtuve e incluí toda la información solicitada revelada por:

Nombre

Firma del traductor (obligatorio)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (obligatorio)

Relación con el solicitante

## SECTION F — Información del corredor de seguros (si corresponde)

Número nacional del agente de seguros (NPN)	
Código del corredor principal de seguros	Código del corredor del productor de seguros
Nombre del corredor principal de seguros	Nombre del productor de seguros
Número de teléfono	Número de teléfono

### Representante de ventas de Independence (si corresponde)

Número nacional de productor (NPN)	Nombre del representante de ventas
------------------------------------	------------------------------------

Los planes de la vista para adultos y para familias están suscritos por QCC Insurance Company.

## SECTION G — Ayuda para completar esta solicitud (si corresponde)

Usted puede elegir un representante autorizado. Puede dar permiso a una persona en quien confíe para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea sus datos y actúe en su nombre para los asuntos relacionados con esta solicitud, lo que incluye obtener información sobre ella y firmarla en su nombre. Esta persona se considera un "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Independence Blue Cross. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente pruebas con la solicitud.

Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Dirección		Número de departamento o suite
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		
Nombre de la organización (si corresponde)		Número de ID (si corresponde)

Al firmar, permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todos los asuntos futuros con Independence Blue Cross.

X \_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

Envíe su solicitud por correo a:

**Independence Blue Cross  
P.O. Box 8240  
Philadelphia, PA 19101**

Todos los pagos futuros de primas deben enviarse a la dirección que aparece en su factura actual.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Independence Blue Cross llamando al  
1-844-762-2140 entre las 8 a. m. y las 6 p. m.



Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, titulares de licencias independientes de Blue Cross y Blue Shield Association.



Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, titulares de licencias independientes de Blue Cross y Blue Shield Association.



**Español:** ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles. También hay ayudas y servicios auxiliares disponibles y sin cargo en formatos accesibles para brindarle información. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711) o hable con su prestador.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available para sa iyo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Available din ang naaangkop na mga auxiliary aid at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**తెలుగు:** గమనిక: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, ఉచిత భాష సహాయ సేవలు మీకు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అందుబాటులో ఉన్న ఫార్మాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక పరికరాలు అలాగే సేవలు కూడా ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) నంబర్ కు కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్ తో మాట్లాడండి.

**Українська:** Увага! Якщо ви говорите українською, вам доступні безплатні послуги перекладача. Також безоплатно надаються відповідні допоміжні послуги з надання інформації в доступних форматах. Телефонуйте за номером 1-800-275-2583 (TTY: 711) або зверніться до свого провайдера.

**Tiếng Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Bạn cũng có thể nhận được các công cụ và dịch vụ hỗ trợ khác để giúp tiếp cận thông tin dễ dàng hơn, hoàn toàn miễn phí. Vui lòng gọi 1-800-275-2583 (TTY: 711) hoặc liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của bạn để được hỗ trợ.

**Yorùbá:** ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá nsọ Yorùbá, àwọn isẹ àtilẹhin èdè lófẹẹ wà lárọwótó rẹ. Àwọn isẹ àtilẹhin ìrànlowó tó yẹ láti pèsè iwífúnni ni ọna irááyèsi kíkà wà lárọwótó bakanna lófẹẹ. Pe 1-800-275-2583 (TTY: 711) tàbí ki ó bá olùpèsè rẹ sọrọ.

## La discriminación va en contra de la ley

Este plan cumple con las leyes civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o género. Este plan no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Este plan:

- Proporciona a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo
  - Intérpretes de lengua de señas debidamente calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes debidamente calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si usted cree que este plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles de manera presencial o a través del correo: 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, por teléfono: 1-888-377-3933 (TTY: 711), por fax: 215-761-0245, o por correo electrónico: [civilrightscoordinator@1901market.com](mailto:civilrightscoordinator@1901market.com)

Puede presentar una queja en persona o enviarla por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles, de manera electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building,  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Este aviso se encuentra disponible en el siguiente sitio web: [www.healthinsurancehosting.com/notices](http://www.healthinsurancehosting.com/notices).