



Resúmenes de beneficios

Plan EmblemHealth Essential



Plan EmblemHealth Essential

Durante más de 80 años, EmblemHealth ha ofrecido seguros de salud asequibles y de calidad a la comunidad de Nueva York. Es lo que hacemos.

Este folleto de Resumen de beneficios le informa sobre nuestros planes Essential disponibles en el Mercado de Salud del Estado de Nueva York.

¿Cómo me inscribo?

Inscribirse en un plan EmblemHealth Essential es fácil.

Para los planes disponibles en el Mercado de Salud del Estado de Nueva York, visite el sitio **nystateofhealth.ny.gov**.

Deberá contar con cierta información. Antes de hacer la solicitud, recopile estos datos de cada miembro de su familia que necesite seguro de salud:

- **Números de Seguro Social** (o números de documento de inmigrantes legales)
- **Información sobre empleador e ingresos** (por ejemplo, de los recibos de sueldo o formularios W-2, declaraciones de salarios e impuestos)
- **Números de póliza** de todos los planes de seguro de salud actuales que cubran a los miembros de su familia
- **Dirección de correo electrónico** (requerida para establecer una cuenta)

Si tiene preguntas sobre estos planes, puede comunicarse con nosotros al **888-447-7603** (TTY: **711**) los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

Este Resumen de beneficios solo contiene información general. Todos los planes están sujetos a los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones específicas de su contrato.

COBERTURA DEL PLAN ESSENTIAL

El plan Essential es un plan de seguro de salud para neoyorquinos con bajos ingresos que no califican para Medicaid. El Plan Essential ofrece cobertura con una prima de \$0 por mes, participación en los costos sin deducibles, visitas a especialistas sin derivaciones y beneficios dentales y de la visión.

El plan Essential utiliza la red Enhanced Care Prime. Esta red incluye a médicos, centros médicos y los principales hospitales en los 8 condados. También incluye AdvantageCare Physicians.

Requisitos del plan Essential:

- Salario igual o menor a \$29,160
- Residencia legal en los Estados Unidos
- Entre 19 y 64 años de edad
- Debe vivir en una de estas ubicaciones: ciudad de Nueva York (Brooklyn, Bronx, Manhattan, Queens o Staten Island), Long Island (condados de Nassau o Suffolk) o Westchester

PUNTOS IMPORTANTES DE ESTOS PLANES

Aquí hay algunos aspectos importantes que debe conocer:

- Debe seleccionar un **proveedor de atención primaria (PCP)** que participe en la red de su plan.
- Usted solo está cubierto para la atención que obtenga de médicos, centros y hospitales en la red de su plan. La atención de emergencia que obtenga en un hospital estará cubierta dentro o fuera de la red.
- **No necesita referido ni aprobación de su PCP para consultar a especialistas cuando sea necesario.** Los especialistas son médicos que brindan más servicios que la atención primaria, como alergistas, dermatólogos o cardiólogos.
- **Su plan incluye Teladoc® Primary360**, que ofrece atención primaria, salud conductual y servicios de dermatología a través del teléfono, video o mensajería mediante una aplicación en su teléfono.¹ Los miembros pueden ver al mismo proveedor de manera virtual durante toda su atención sin limitación en el número de visitas. Teladoc Primary360 está incluido sin costo en todos los planes Essential.

Teladoc también brinda atención para afecciones que no son de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y medicamentos con receta cuando sean médicamente necesarios a través de servicios médicos generales a pedido.¹

- **La atención preventiva** está completamente cubierta siempre y cuando use los servicios de un profesional del cuidado de la salud participante. Estos servicios incluyen exámenes médicos de rutina, exámenes de detección, vacunas, mamografías, exámenes ginecológicos, atención del bebé sano y anticonceptivos recetados para mujeres.
- **La cobertura de medicamentos con receta** está incluida en estos planes. Todos los beneficios de medicamentos con receta se deben obtener a través de farmacias que tengan un contrato con su plan. El farmacéutico aplicará cualquier copago cuando pague su medicamento con receta.

¹ El beneficio de telemedicina se proporciona a través de Teladoc. No es apropiado para todos los servicios cubiertos, se aplican restricciones y no todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Glosario

La **prima** es el importe que usted paga mensualmente por su seguro.

El **deducible** es el importe que usted paga cada año antes de que su plan comience a pagar los beneficios.

El **copago** es el importe fijo que usted paga por servicios de salud cubiertos, como visitar a un médico o pagar un medicamento en la farmacia.

El **coseguro** es el porcentaje que usted paga por los servicios de salud, generalmente después de pagar su deducible.

FPL son las siglas en inglés para la Línea de pobreza federal.

Una **red** es un grupo de centros o profesionales del cuidado de salud que han celebrado un contrato con un plan de salud. Ellos brindan los productos y servicios cubiertos a los miembros.

Los gastos de bolsillo son lo que usted paga por los servicios de salud. Estos incluyen deducibles, coseguro y copagos.

Planes Essential 1 y 2*

Plan Essential 1: por encima del 150 % hasta el 200 % de la Línea de pobreza federal (FPL), ofrece una opción de cobertura a bajo precio para personas y familias de bajos ingresos, con una prima mensual de \$0 y sin deducible. Este plan se ofrece a personas, pero no al cónyuge ni a los hijos; si el cónyuge o los hijos adultos de la persona son elegibles para el plan Essential, deberán inscribirse por separado y en virtud de su propia póliza individual. Cobertura dental y de la visión incluidas bajo el Plan Essential 1.

Plan Essential 2: entre el 139 % y el 150 % de la FPL, ofrece una opción de cobertura más accesible a personas y familias de bajos ingresos, con una prima mensual de \$0, costos compartidos más bajos que el plan Essential 1 y sin deducibles. El plan se ofrece a personas, pero no al cónyuge ni a los hijos de la persona. Si el cónyuge o los hijos adultos de la persona son elegibles para el plan Essential, deberán inscribirse por separado y en virtud de su propia póliza individual. Cobertura dental y de la visión incluidas en el Plan Essential 2.

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Essential 1	Essential 2
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	\$15	\$0
Visitas a consultorio de especialistas	\$25	\$0
Ingreso a un hospital	\$150	\$0
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	\$75	\$0
Deducible anual	\$0	\$0
Gastos máximos de bolsillo anuales	\$2,000	\$200
Medicamentos con receta (Categoría 1: medicamentos genéricos/ Categoría 2: Farmacopea/Categoría 3: No está en la Farmacopea)	Farmacia de venta minorista a \$6/\$15/\$30 Pedidos por correo \$15/\$37.50/\$75	Farmacia minorista a \$1/\$3/\$3 Pedidos por correo \$2.50/\$7.50/\$7.50
Servicios para pacientes ingresados		
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	\$50	\$0
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Radioterapia y quimioterapia	\$15	\$0
Pruebas previas al ingreso	\$0	\$0
Atención médica para pacientes ambulatorios		
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$15	\$0
Visitas a consultorio de especialistas	\$25	\$0
Atención preventiva,** incluidos exámenes físicos, exámenes de los oídos, orientación y educación para la salud, prueba de Papanicolaou, mamografía y vacunas	Cobertura total	Cobertura total
Servicios diagnósticos, incluidas radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiograma (ECG/EKG)	\$15	\$0
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	\$50	\$0
Segunda opinión médica y quirúrgica	\$25	\$0
Servicios de quiropráctica	\$25	\$0

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Essential 1	Essential 2
Cuidado de la salud mental		
• Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ingresados	\$150	\$0
• Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ambulatorios	\$15	\$0
Trastorno por abuso de sustancias		
• Desintoxicación para pacientes ingresados	\$150	\$0
• Tratamiento de rehabilitación para pacientes ingresados	\$150	\$0
• Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios	\$15	\$0
Tipos de atención especial		
Atención de urgencia y de emergencia		
• En la sala de emergencia del hospital	\$75	\$0
• En un centro de atención médica urgente	\$25	\$0
• Servicio de ambulancia al hospital	\$75	\$0
Cuidado de salud en el hogar	\$15	\$0
Atención de hospicio	\$150	\$0
Atención del Centro de Enfermería Especializada	\$150	\$0
Tratamiento de diálisis	\$15	\$0
Equipo, suministros y educación para la diabetes	\$15	\$0
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	\$15	\$0
Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad	\$15	\$0
Equipos médicos duraderos	5 %	\$0
Audífonos	5 %	\$0
Servicios dentales para adultos		
• Atención dental preventiva	\$0	\$0
• Atención dental de rutina	\$0	\$0
• Servicios dentales mayores	\$0	\$0
Servicios de la visión para adultos		
• Exámenes de la visión refractivos	\$0	\$0
• Anteojos/lentes de contacto	\$0	\$0

PRIMAS DEL PLAN ESSENTIAL	ÁREA METROPOLITANA DE NUEVA YORK (BRONX, NUEVA YORK, KINGS, QUEENS Y RICHMOND)	LONG ISLAND (NASSAU Y SUFFOLK)	WESTCHESTER
Plan Essential 1 y 2 (servicios dentales y de la visión incluidos)	\$0	\$0	\$0
Plan Essential 2 (servicios dentales y de la visión incluidos)	\$0	\$0	\$0

*Debe calificar para inscribirse en el plan Essential. La calificación se basa en el ingreso y otros factores.

**Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil están cubiertos cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF), fueron recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) o son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (HRSA). Los servicios de atención preventiva establecidos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) están cubiertos por completo dentro de la red.

Otros servicios de atención preventiva podrían estar sujetos a participación en los costos.

El plan EmblemHealth Essential está suscrito por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos por un proveedor de atención primaria de la red Enhanced Care Prime o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización (UM) de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros; no son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona meramente a título informativo; no contiene detalles completos del plan, que están disponibles solo en el contrato o en el Certificado de cobertura, ni constituye un acuerdo. Consulte los números del formulario de póliza de HIP para Essential 1: 155-23-EPP1VDAIAN (01/23), 155-23-EPP1AIAN (01/23), 155-23-EPP1VDNONAIAN (01/23), 155-23-EPP1NONAIAN (01/23) y otros, y para Essential 2: 155-23-EPP2VDAIAN (01/23), 155-23-EPP2AIAN (01/23), 155-23-EPP2VDNONAIAN (01/23), 155-23-EPP2NONAIAN (01/23), y otros.

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.

Planes Essential 3 y 4*

Plan Essential 3: entre el 100 % y el 138 % de la FPL (población según Aliessa/inmigrantes legales elegibles), ofrece opciones de cobertura más accesibles, con primas mensuales de \$0 y participación en los costos más baja sin deducibles, además de una red de proveedores más amplia. La población según Aliessa tendrá un conjunto de beneficios adicionales ofrecidos en la actualidad a través de Medicaid, incluido el transporte que no sea de emergencia, medicamentos de venta libre, servicios dentales para adultos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico y servicios de la visión para adultos. Cobertura dental y de la visión incluidas bajo el Plan Essential 3.

Plan Essential 4: menos del 100 % de la FPL (población según Aliessa/inmigrantes legales elegibles), ofrece opciones de cobertura más accesibles, como primas mensuales de \$0 y participación en los costos más baja sin deducibles ni límites de gastos de bolsillo, además de una red de proveedores más amplia. La población según Aliessa tendrá un conjunto de beneficios adicionales ofrecidos en la actualidad a través de Medicaid, incluido el transporte que no sea de emergencia, medicamentos de venta libre, servicios dentales para adultos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico y servicios de la visión para adultos. Cobertura dental y de la visión incluidas bajo el Plan Essential 4.

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Essential 3	Essential 4
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	\$0	\$0
Visitas a consultorio de especialistas	\$0	\$0
Ingreso en un hospital	\$0	\$0
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	\$0	\$0
Deducible anual	\$0/NA	\$0/NA
Gastos máximos de bolsillo anuales	\$200/NA	\$0/NA
Medicamentos con receta (Categoría 1: medicamentos genéricos/ Categoría 2: Farmacopea/Categoría 3: No está en la Farmacopea)	Farmacia minorista a \$1/\$3/\$3 Pedidos por correo \$2.50/\$7.50/\$7.50	Farmacia minorista a \$0/\$0/\$0 Pedidos por correo \$0/\$0/\$0
Servicios para pacientes ingresados		
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	\$0	\$0
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Radioterapia y quimioterapia	\$0	\$0
Pruebas previas al ingreso	\$0	\$0
Atención médica para pacientes ambulatorios		
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$0	\$0
Visitas a consultorio de especialistas	\$0	\$0
Atención preventiva,** incluidos exámenes físicos, exámenes de los oídos, orientación y educación para la salud, prueba de Papanicolaou, mamografía y vacunas	Cobertura total	Cobertura total
Servicios diagnósticos, incluidas radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiograma (ECG/EKG)	\$0	\$0
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	\$0	\$0
Segunda opinión médica y quirúrgica	\$0	\$0
Servicios de quiropráctica	\$0	\$0

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Essential 3	Essential 4
Cuidado de la salud mental		
• Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ingresados	\$0	\$0
• Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Trastorno por abuso de sustancias		
• Desintoxicación para pacientes ingresados	\$0	\$0
• Tratamiento de rehabilitación para pacientes ingresados	\$0	\$0
• Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Tipos de atención especial		
Atención de urgencia y de emergencia		
• En la sala de emergencia del hospital	\$0	\$0
• En un centro de atención médica urgente	\$0	\$0
• Servicio de ambulancia al hospital	\$0	\$0
Cuidado de salud en el hogar	\$0	\$0
Atención de hospicio	\$0	\$0
Atención del Centro de Enfermería Especializada	\$0	\$0
Tratamiento de diálisis	\$0	\$0
Equipo, suministros y educación para la diabetes	\$0	\$0
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad	\$0	\$0
Equipos médicos duraderos	\$0	\$0
Audífonos	\$0	\$0
Servicios dentales para adultos		
• Atención dental preventiva	\$0	\$0
• Atención dental de rutina	\$0	\$0
• Servicios dentales mayores	\$0	\$0
Servicios de la visión para adultos		
• Exámenes de la visión refractivos	\$0	\$0
• Anteojos/lentes de contacto	\$0	\$0

PRIMAS DEL PLAN ESSENTIAL	ÁREA METROPOLITANA DE NUEVA YORK (BRONX, NUEVA YORK, KINGS, QUEENS Y RICHMOND)	LONG ISLAND (NASSAU Y SUFFOLK)	WESTCHESTER
Plan Essential 3 y 4 (servicios dentales y de la visión incluidos)	\$0	\$0	\$0
Plan Essential 4 (servicios dentales y de la visión incluidos)	\$0	\$0	\$0

*Debe calificar para inscribirse en el plan Essential. La calificación se basa en el ingreso y otros factores.

**La atención preventiva y los servicios de control y cuidado infantil están cubiertos cuando se recibe una calificación A o B del USPSTF, están recomendados por el ACIP o son proporcionados de acuerdo con las pautas de la HRSA.

Los servicios de atención preventiva establecidos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) están cubiertos por completo dentro de la red.

Otros servicios de atención preventiva podrían estar sujetos a participación en los costos.

Población según Aliessa: población de inmigrantes legales que no son elegibles para inscribirse en Medicaid debido a su condición de inmigrantes, pero son elegibles, por sus ingresos, para un plan Medicaid subvencionado por el estado.

El plan EmblemHealth Essential está suscrito por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos por un proveedor de atención primaria de la red Enhanced Care Prime o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización (UM) de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros; no son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona meramente a título informativo; no contiene detalles completos del plan, que están disponibles solo en el contrato o en el Certificado de cobertura, y no constituye un acuerdo.

Consulte los números del formulario de póliza de HIP para Essential 3: 155-23-EPP3 Aliessa (01/23) y otros, y para Essential 4: 155-23-EPP4 Aliessa (01/23) y otros.

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.



ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Usted tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

中文 (Chinese)

注意：我們免費提供相關的語言協助服務。請致電 **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**)。

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по тел. **1-877-411-3625** (служба текстового телефона TTY/TDD: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

한국어 (Korean)

주의: 귀하에게 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-877-411-3625**(TTY/TDD: **711**)번으로 전화하십시오.

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

אידיש (Yiddish)

אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס, אהן קיין פרייז, זיינען דא צו באקומען פאר אייך. רופט **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

বাংলা (Bengali)

মনোযোগ দিন: ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) নম্বরে ফোন করুন।

Polski (Polish)

UWAGA: dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Prosimy zadzwonić pod numer **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً، اتصل على الرقم **1-877-411-3625** أو (TTY/TDD: **711**).

Français (French)

ATTENTION : une assistance d'interprétation gratuite est à votre disposition. Veuillez composer le **1-877-411-3625** (TTY/TDD : **711**).

Tagalog (Tagalog)

NANANAWAGAN NG PANSIN: Mayroon kang magagamit na mga serbisyo para sa tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε το **1-877-411-3625** (για άτομα με προβλήματα ακοής (TTY/TDD): **711**).

Shqip (Albanian)

VINI RE: Shërbime ndihmore për gjuhën, falas, janë në dispozicionin tuaj. Telefononi në **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

NOTICE OF NONDISCRIMINATION POLICY

EmblemHealth complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. EmblemHealth does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

EmblemHealth:

- Provides free aids and services to people with disabilities to help
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please call member services at **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

If you believe that EmblemHealth has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with EmblemHealth Grievance and Appeals Department, PO Box 2844, New York, NY 10116, or call member services at **1-877-411-3625**. (Dial **711** for TTY/TDD services.) You can file a grievance in person, by mail or by phone. If you need help filing a grievance, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights electronically through the Office of Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019**, (dial **1-800-537-7697** for TTY services).

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.



Para obtener más información, visítenos en línea en espanol.emblemhealth.com/plans/individuals-and-families o llámenos al **888-447-7603** (TTY: **711**).

La salud sobre todo.