

特典と補償範囲の概要: このプランの範囲と対象サービスの料金

対象期間: 2023/01/01 ~ 2023/12/31

エンブレム健康: ブロンズ D

補償範囲: 個人/家族|プランの種類: HMO



給付金と保障の概要 (SBC) 文書は、医療プランの選択に役立ちます。SBC はあなたとその計画を示します費用を分担するだろう

対象となる医療サービスのために。注: このプランの費用に関する情報 (プレミアムといいます) 別途ご用意させていただきます。

これは単なる概要です。補償内容の詳細、または補償条件の完全なコピーを入手するには、1-800-447-8255 までお電話ください。一般的な定義については、[許容量](#)などの一般的な条件、[残高請求](#)、[共同保険](#)、[自己負担金](#)、[控除可能なプロバイダー](#)、またはその他の下線付きの用語については、[用語集](#)を参照してください。をご覧ください。

用語集は<https://www.healthcare.gov/sbc-glossary>でご覧いただけます。または、1-800-447-8255 に電話してコピーをリクエストしてください。

重要な質問 これが重要な理由: 通常、[プロバイダー](#) 答へすべての費用を支払う必要があります。[免責金額](#)まで額

全体の免責金額はいくらですか?	ネットワーク内: 個人 \$4,700 / \$9,400 家族。	この計画の前に支払いが始まります。他の家族が保険に加入している場合は、 プラン の前に家族全体の 控除額 を満たしている必要があります支払いが始まります。
以前に対象となったサービスはありますか 免責金額を満たしていますか?	はい。 予防ケア 、 遠隔医療 免責金額に達する前に補償されます。	このプランはまだ 免責金額 を満たしていない場合でも、一部の商品やサービスがカバーされます。ただし自己負担金または 共同保険 適用される場合があります。例えばこんな プラン カバー費用負担なしで、 免責金額 に達する前に特定の 予防サービス をご利用いただけます。対象となる 予防サービス のリストを見る https://www.healthcare.gov/coverage/ で #介護予防給付金 。
他に 免責金額 はありますかのために 具体的なサービスは?	他に特別な 控除 はありません。	控除額 を満たす必要はありません特定のサービスの場合。
自己負担限度額 はいくらですかのために この計画は?	参加 プロバイダー 向け 8,700ドル 個人 / 家族 \$17,400	自己負担限度額対象サービスに対して 1 年間に支払える最高額です。もしこのプランに他の家族が参加している場合、家族全体の 自己負担限度額 しなければならない いっしょにいる。
自己負担限度額に含まれないものは何ですか?	プレミアム 、 残高請求料金 、 とヘルスケアのこの プラン しません カバー。	これらの費用を支払ったとしても、 自己負担限度額 にはカウントされません。
ネットワークプロバイダーを利用すると料金は安くなりますか?	はい。 www.EmblemHealth.com を参照してください。または のリストについては、1-800-447-8255 までお電話ください。 参加 プロバイダー 。	この プラン プロバイダー ネットワークを使用します。 プロバイダー を利用すると料金が安くなります計画の中で 通信網 。非参加 プロバイダー を使用すると、最も多くの料金を支払うことになります。そしてあなたはそうするかもしれませんが プロバイダー の料金との差額の請求書を プロバイダー から受け取る あなたの計画支払います (残高請求)。ネットワーク プロバイダー がネットワーク外の プロバイダー を使用している可能性があ ることに注意してください一部のサービス (研究室での作業など)。 プロバイダー に確認してください サービスを受ける前に。
紹介状 が必要ですか見るために スペシャリスト ?	はい	この プラン 専門医 の診察にかかる費用の一部または全額を負担します対象サービスですが、 紹介状 がある場合のみ 専門家 に診てもらう前に。



全額自己負担として共同保険この表に示されている費用は控除後の金額です控除額を満たしている場合が適用されます。_____

一般 医療イベント	必要なサービス	お支払いいただく金額		制限、例外、その他 重要な情報
		参加プロバイダー (あなたは最低額を支払います)	非参加プロバイダー (あなたが一番多く支払うことになります)	
医療提供者のオフィスやクリニックを訪れた場合	治療のためのプライマリケア訪問 怪我や病気	50ドルの自己負担金控除後_____	カバーされていません	最初の 3 回の訪問 (任意の組み合わせ) PCP、スペシャリスト、ABA、MH/SUD) 30 ドルは控除の対象になりません。_____
	スペシャリスト訪問	75ドルの自己負担金控除後_____	カバーされていません	紹介が必要です。 最初の 3 回の訪問 (任意の組み合わせ) PCP、スペシャリスト、ABA、MH/SUD) 75 ドルは控除対象外です。_____
	予防医療/上映会/ _____ 免疫	無償	カバーされていません	なし
テストがある場合	診断テスト(レントゲン、血液 仕事)	X線検査 : 自己負担額75ドル控除後_____ 、研究室: 50 ドルの自己負担金控除後_____	カバーされていません	事前認証が必要になる場合があります。_____
	画像検査 (CT/PETスキャン、 MRI)	175ドルの自己負担金控除後_____	カバーされていません	事前認証必須。_____

一般 医療イベント	必要なサービス	お支払い金額 参加		制限、例外、その他 重要な情報
		プロバイダー (あなたは最低額を支払います)	非参加プロバイダー (あなたが一番多く支払うこと)	
治療に薬が必要な場合 あなたの病気や状態 処方薬の補償 に関する詳細情報 www.EmblemHealth.com で入手できます	ジェネリック医薬品 (ティア1)	自己負担額 10 ドル 控除後 (小売り) ; 25 ドルの自己負担金控除後 (通信販売)	対象外 (小売)。ない 対象 (通信販売)	事前認証 には必要ありません かつて使用されていた保険対象の処方薬 物質使用障害を治療し、 処方薬を含む オピオイド離脱の管理および/または 安定化とオピオイド用 過剰摂取の逆転。費用がかかる場合があります ブランドを選択すると高くなります ジェネリックのときの薬の名前 薬は入手可能です。このプラン 優先薬局ネットワークがある CVS は除きます。
	推奨されるブランド医薬品 (ティア2)	自己負担金35ドル控除 後 (小売り) ; 控除後の自 己負担額\$87.50 (通信販売)	対象外 (小売)。ない 対象 (通信販売)	
	非推奨ブランド医薬品	自己負担額70ドル控除 後 (小売) ; 控除後の自 己負担額\$175 (通販)	対象外 (小売)。ない 対象 (通信販売)	
	特殊医薬品 (ティア4)	控除後: Tier 1: 自己負担 \$10/30 日分 Tier 2: 自己負担 \$35/30 日分 Tier 3: 自己負担 \$70/30 日分 (専門小売店のみ) \$150 自己負担控除後	対象外 (専門小売店) のみ)	
外来がある場合 手術	施設使用料 (外来など) 外科センター)		カバーされていません	事前認証 必須。
	医師/外科医の料金	150ドルの自己負担金控 除後	カバーされていません	事前認証 必須。
すぐに必要な場合 医学的な配慮	緊急治療室のケア	500ドルの自己負担金控 除後	500ドルの自己負担金控 除後	入院した場合は免除されます。
	救急医療 交通機関	300ドルの自己負担金控 除後	300ドルの自己負担金控 除後	なし
	緊急です	75ドルの自己負担金控 除後	カバーされていません	なし
入院がある場合	施設使用料 (病院など) 部屋)	1,500ドルの自己負担金控 除後、入場料ごとに 150 ド	カバーされていません	事前認証 必須、ただし 緊急入院用に。
	医師/外科医の料金	ルの自己負担金控除後	カバーされていません	事前認証 必須。

一般 医療イベント	必要なサービス	お支払いいただく金額		制限、例外、その他 重要な情報
		参加プロバイダー (あなたは最低額を支払います)	非参加プロバイダー (あなたが一番多く支払うことになります)	
メンタルヘルスが必要な場合は、 行動の健康、または 薬物乱用サービス	外来診療	オフィス訪問: <u>自己負担\$50 控除後</u> その他すべての外来サービス: 50ドルの <u>自己負担金控 除後</u>	カバーされていません	最初の 3 回の訪問 (任意の組み合わせ) PCP、スペシャリスト、ABA、MH/SUD) 50ドルは控除の対象外です。 無制限の訪問。物質について 虐待ケア、最大 20 件 プラン年ごとの訪問数を使用できます 家族のカウンセリングに。
	入院サービス	1,500ドルの <u>自己負担金控 除後、入場料ごと</u>	カバーされていません	<u>事前認証</u> 必須、ただし 緊急入院用に。
妊娠している場合	オフィス訪問	無償	カバーされていません	提供されない出生前ケア に従って 包括的なガイドライン USPSTFとHRSAによる支援 の費用分担を使用します。 適切なサービス。
	出産・出産 プロフェッショナルサービス	150ドルの <u>自己負担金控 除後</u>	カバーされていません	<u>事前認証</u> 必須。
	出産・分娩施設 サービス	1,500ドルの <u>自己負担金控 除後、入場料ごと</u>	カバーされていません	48 時間に制限されています 自然分娩と九十六 (96) 帝王切開の場合は数時間。1つ (1) 訪問介護の場合は全額補償されます。 早期に退院した。 <u>事前認証</u> 必須。

一般 医療イベント	必要なサービス	お支払いいただく金額		制限、例外、その他 重要な情報
		参加プロバイダー (あなたは最低額を支払います)	非参加プロバイダー (あなたが最も多く支払うことに)	
<p>あなたが助けを必要とする場合 回復しているか、他のものを持っています 特別な健康ニーズ</p>	在宅医療	50ドルの自己負担 金控除後	カバーされていません	計画年あたり 40 回の訪問。 事前承認 が必要です。
	リハビリテーションサービス	入院患者 :1,500ドルの自己負担金 控除後、入場料ごとに 外来 :自己負担金50ドル 控除後	カバーされていません	入院患者: 1 日当たり 60 日 条件/計画年ごと、合計 治療法。外来患者数: 60名 条件ごと/計画年ごとの訪問、 併用療法。 事前承認 が必要です。
	ハビリテーションサービス	入院患者 :1,500ドルの自己負担金 控除後、入場料ごとに 外来 :自己負担金50ドル 控除後	カバーされていません	入院患者: 1 日当たり 60 日 条件/計画年ごと、合計 治療法。外来患者数: 60名 条件ごと/計画年ごとの訪問、 併用療法。 事前承認 必須。プラン年あた
	熟練した介護ケア	1,500ドルの自己負担金控 除後、入場料ごとに 50% の	カバーされていません	り 200 日。 事前承認 が必要です。
	耐久性に優れた医療機器	共同保険控除後	カバーされていません	なし
	ホスピスサービス	入院患者 :1,500ドルの自己負担金 控除後 外来 :自己負担金50ドル 控除後	カバーされていません	プラン年あたり 210 日。 5 家族の死別のための訪問 カウンセリング。 事前承認 必須。
<p>お子様に歯科が必要な場合 または目のケア</p>	子供の目の検査	50ドルの自己負担金控 除後	カバーされていません	12 回につき 1 回の試験 月の期間。
	子供用メガネ	50%共同保険控除後	カバーされていません	処方レンズ1枚と 12 か月あたりのフレーム数 期間。
	お子様の歯科健診	50ドルの自己負担金控 除後	カバーされていません	1 人あたり 1 回の歯科検査とクリーニング 期間は 6 か月です。口全体のX線または パノラマX線。

除外サービスおよびその他の対象サービス

サービス あなたの**プラン**一般的にはカバーされません (ポリシーまたは**プラン**を確認してください)詳細およびその他の**除外サービスのリストについては、文書を参照し**

てください。)
 ・鍼治療・長期治療・美容整形・外出時の緊急治療以外の治療・歯
 科治療 (成人)

米国
 ・私設看護

・定期的なフットケア
 ・定期的な聴力検査・減
 量プログラム

その他の対象サービス (これらのサービスには制限が適用される場合があります。これは完全なリストではありません。**プランを参照してくださ**

い)) ・中絶サービス

・カイロプラクティッ
 クケア・補聴器 (事前の承認が必要)

・不妊治療 (要事前承認) ・定期的な眼科ケア

・肥満手術 (事前の承認が必要)

保険期間を継続する権利:保険期間終了後も保険期間を継続したい場合にサポートしてくれる代理店があります。これらの機関の連絡先情報は、ニューヨーク州金融サービス局、1-800-342-3736 またはwww.dfs.ny.govです。米国保健福祉省、1-877-267-2323 x1565 またはwww.cciio.cms.gov、米国労働省従業員福利厚生管理局 (1-866-444-3272、www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html、www.dol.gov/ebsa/healthreform)。健康保険マーケットプレイスを通じて個別の保険を
 購入するなど、他の補償オプションも利用できる場合があります。マーケットプレイスの詳細については、www.HealthCare.govをご覧ください。または、1-800-318-2596 または NY State of Health Marketplace (1-855-355-5777)またはwww.nystateofhealth.ny.gov にお電話ください。

あなたの苦情と異議申し立ての権利:あなたの**計画**に対して苦情がある場合に助けてくれる機関があります請求を拒否するため。この苦情は**苦情**と呼ばれますまたは**控訴します**。お客様の**権利の詳細については、その医療請求に対して受け取る恩恵の説明をご覧ください。**あなたの**計画書類には、請求を提出するための完全な情報も記載されています。****訴える、またはあなたの計画に対する何らかの理由による苦情。お客様の権利、この通知、または支援に関する詳細については、以下にお問い合わせください。**

電話での

EmblemHealth: ID カードに記載されている番号にお電話ください。

書面:
 EmblemHealth

苦情および控訴部門 私書箱 2801 New
 York, NY

10116-2807 ウェブサイト:
www.emblemhealth.com

すべての補償タイプの場合

合 ニューヨーク州金融サービス局 電話: 1-800-342-3736

書面による場合: ニューヨーク

州金融サ

ービス局消費者支援ユニット One Commerce Plaza

Albany, NY 12257 ウェブサ

イト: www.dfs.ny.gov

HMO の取材については

ニューヨーク州保健局 電話: 1-800-206-8125 書

面: ニューヨーク州保健局 健康保

険プログラム

ム局 消費者サービス局 - 苦情担当ユニット コー

ニング タワー - OCP Room 1607 Albany, NY

12237電子メール: managedcarecomplaint@health.ny.gov

ウェブサイト: www.health.ny.gov

消費者支援プログラム ニューヨーク州

消費者支援プログラム 電話: 1-888-614-5400 書面:

Community Health Advocates

633 Third

Avenue, 10th Floor New York, NY

10017 電子メール: cha@cssny.org

ウェブサイト:

www.communityhealthadvocates.org

グループ対応の場合: 米国

労働省従業員給付保障管理局、

1-866-444-EBSA (3272)

ウェブサイト: www.dol.gov/ebsa/healthreform

このプランは最低限の必須補償を提供しますか?はい。

最低限の必須保障には通常、プラン、健康保険が含まれますマーケットプレイスから入手可能またはその他の個別の市場政策、メディケア、メディケイド、CHIP、TRICARE、およびその他の特定の補償範囲。特定の種類の最低限必要な補償を受ける資格がある場合、保険料税額控除の資格がない場合があります。

この補償範囲は最低価格基準を満たしていますか?はい。

あなたの計画なら最低価格基準を満たしていない、保険料税額控除の対象となる可能性があります プランの支払いを支援するため マーケットプレイスを通じて。

言語アクセス サービス:

スペイン語: スペイン語でのサポートが必要な場合は、1-888-447-8255 までお電話ください。

タガログ語: タガログ語でサポートが必要な場合は、1-888-447-8255 までお電話ください。

中国語: 中国語でサポートが必要な場合は、この番号 1-888-447-8255 までお電話ください。

ナバホ族 (ディネ): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-447-8255

このプランがサンプルの医療状況の費用をどのようにカバーできるかの例については、次のセクションを参照してください。

PRA 開示声明: 1995 年の事務削減法によれば、有効な OMB 管理番号が表示されない限り、情報の収集に応答する必要はありません。この情報収集の有効な OMB 管理番号は 0938-1146 です。この情報収集を完了するのに必要な時間は、指示の確認、既存のデータ リソースの検索、必要なデータの収集、情報収集の完了と確認にかかる時間を含め、回答あたり平均 0.08 時間と推定されます。推定時間の正確性に関するコメントやこのフォームの改善に関する提案がある場合は、次の宛先までご連絡ください: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850

これらの補償例について



これはコストの見積りではありません。示されている治療法は、この計画がどのように行われるかの一例にすぎません。医療費をカバーできるかもしれません。実際の費用は異なります。実際に受けるケア、医療提供者が請求する料金、その他多くの要因によって異なります。コスト分担に重点を置く金額（**控除額、自己負担金と共同保険**）およびプランに基づいて**除外されるサービス**。この情報を使用して、さまざまな条件で支払う可能性のある費用の部分を比較してください。健康計画。これらの補償範囲の例は、ご自身のみの補償に基づいていることに注意してください。

ペグが赤ちゃんを産んでいる (9 か月間のネットワーク内出生前ケアと 病院での出産)

■計画の内容全体的な 控除額 ■ 専門	4700ドル
医負担額 ■ 病院（施設） 負担	75ドル
金 ■ その他自己 負担金 _____	1500ドル
_____	\$0

この EXAMPLE イベントには次のようなサービスが含まれます。

[スペシャリスト](#) オフィス訪問（産前ケア）
出産・出産専門サービス
出産・分娩施設サービス
[診断テスト](#) _____（超音波検査と血液検査）
[スペシャリスト](#) 訪問（麻酔）

サンプルの合計コスト	12,700ドル
------------	----------

この例では、ペグは次のように支払います。

料金 共有 _____	
免責金額 _____	\$4,700
自己負担金 _____	\$1,800
共同保険 _____	\$0
カバーされないもの	
制限または除外	\$60
ペグが支払う合計金額は、	\$6,560

ジョーの 2 型糖尿病の管理 (よく管理された状態のネットワーク内での定期的 なケアの 1 年間)

■計画の内容全体的な 控除額 ■ 専門	4700ドル
医負担額 ■ 病院（施設） 負担	75ドル
金 ■ その他自己 負担金 _____	1500ドル
_____	\$0

この EXAMPLE イベントには次のようなサービスが含まれます。

[かかりつけ医](#) オフィス訪問（含む
病気 教育）
[診断テスト](#) _____（血液検査）
[処方薬](#) _____
[耐久性に優れた医療機器](#) _____（血糖値計）

サンプルの合計コスト	5,600ドル
------------	---------

この例では、ジョーは次のように支払います。

料金 共有 _____	
免責金額 _____	\$4,700
自己負担金 _____	\$100
共同保険 _____	\$20
カバーされないもの	
制限または除外	\$20
ジョーが支払う総額は	\$4,840

ミアの単純骨折

(ネットワーク内の緊急治療室の訪問とフォロー
アップケア)

■計画の内容全体的な 控除額 ■ 専門	4700ドル
医負担額 ■ 病院（施設） 負担	75ドル
金 ■ その他自己 負担金 _____	1500ドル
_____	\$0

この EXAMPLE イベントには次のようなサービスが含まれます。

[緊急治療室のケア](#) _____（医療用品を含む）
[診断テスト](#) _____（X線）
[耐久性に優れた医療機器](#) _____（松葉杖）
[リハビリテーションサービス](#) _____（理学療法）

サンプルの合計コスト	2,800ドル
------------	---------

この例では、ミアは次のように支払います。

料金 共有 _____	
免責金額 _____	\$2,800
自己負担金 _____	\$0
共同保険 _____	\$0
カバーされないもの	
制限または除外	\$0
ミアが支払う総額は	\$2,800

注: これらの数値は、患者が計画に参加していないことを前提としています。ウェルネスプログラム。企画にご参加いただくと、ウェルネスプログラムなら、できるかもしれません。コストを削減します。ウェルネス プログラムの詳細については、1-800-390-3522 までお問い合わせください。

※注意: このプランは他の**免責金額**がある場合があります。この補償範囲の例に含まれる特定のサービスについては、「その他の**免責金額**はありますか」を参照してください。特定のサービスについては？」上の行。

計画。これらの例で対象となるサービスのその他の費用は、お客様が負担します。



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 (Traditional 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)

אכטאנג: 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)

يُرجى 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**).

اردو (Urdu)

توجہ دیں: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) پر کال کریں۔

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.