Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
Este plan de salud es de Quartz Health Benefit Plans Corporation

Quartz

GORMAN & COMPANY LLC
9076923 - POS

Período de cobertura: 1/Enero/2025 - 31/Diciembre/2025
Tipo de cobertura: Individual/Familiar | **Tipo de plan:** POS

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC 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 dará por separado. **Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite **www.QuartzBenefits.com/certlookup**. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldos, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en **https://www.healthcare.gov/sbc-glossary** o llamar a Éxito de los clientes al 1-800-362-3310 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Dentro de la red: Individual: **$3,000** por año de beneficios. Familiar: **$3,000**/individual o **$6,000**/familiar, por año de beneficios Fuera de la red: Individual **$6,000**/Familiar: **$12,000** por año de beneficios	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que paguen todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva y los medicamentos bajo prescripción están cubiertos antes de que alcance su deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios, incluso si usted aún no alcanzó la cantidad del deducible. Sin embargo, es posible que deba pagar un copago o coaseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Dentro de la red: Individual: **$5,550** por año de beneficios. Familiar: **$5,550**/individual u **$11,100**/familiar por año de beneficios para gastos médicos. Individual: **$2,350**/Familiar: **$4,700** por año de beneficios para gastos de prescripciones médicas. Fuera de la red: Individual: **$11,100**/Familiar: **$22,200** por año de beneficios para gastos médicos.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldos, asistencia con los costos compartidos para prescripciones y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Visite www.QuartzBenefits.com/FindADoctor o llame al 1-800-362-3310 para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan pague (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión.

Todos los costos de **copagos** y **coaseguros** que se muestran en esta tabla se aplican después de que haya alcanzado su **deducible**, si corresponde.

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	$30 de copago/visita; no se aplica el deducible	40% de coaseguro	Las consultas virtuales dentro de la red están cubiertas con $20 de copago; no se aplica el deducible. Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita.
	Visita con un especialista	$60 de copago/visita; no se aplica el deducible	40% de coaseguro	Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita.
	Visita en el consultorio de otro proveedor de asistencia médica	Servicios quiroprácticos/de la visión para adultos: $30 de copago/visita; no se aplica el deducible	Servicios quiroprácticos/ de la visión para adultos: 40% de coaseguro	Se cubre un examen de la vista de rutina para adultos sin cargo dentro de la red. Se aplicará el costo compartido a los exámenes siguientes. Los exámenes de audición fuera de la red no están cubiertos. No hay beneficios para la atención de mantenimiento ni de apoyo. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita.
	Atención preventiva/ exámenes médicos/ vacunas	Sin cargo; no se aplica el deducible	40% de coaseguro	Es posible que usted deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Después verifique lo que su plan pagaría.

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coaseguro	40% de coaseguro	Es posible que se necesite autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	20% de coaseguro	40% de coaseguro	----------Ninguna----------
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información sobre la **cobertura de medicamentos bajo prescripción** en www.QuartzBenefits.com/formulary	Medicamentos genéricos preferidos | Nivel 1	Nivel de valor: $5 de copago/prescripción médica; no se aplica el deducible Todos los demás: $10 de copago/prescripción médica; no se aplica el deducible	No está cubierto	Se aplicarán múltiples copagos para reclamos de suministros para más de 30 días cuando estén cubiertos; para reclamos de suministros para 31 a 60 días, se aplicarán dos copagos, y para reclamos de suministros para 61 a 90 días, se aplicarán tres copagos. Se pueden aplicar restricciones de cobertura para algunos medicamentos. Consulte el Formulario de Quartz para obtener más información; el formulario está sujeto a cambios después de las reuniones trimestrales del Comité de farmacia y terapéutica, o después de actualizaciones en la disponibilidad de los medicamentos (p. ej., medicamentos genéricos nuevos). La ayuda con los costos compartidos financiada por el fabricante para sus prescripciones médicas no se acreditará a su límite máximo anual de gastos de bolsillo.
	Medicamentos de marca preferidos | Nivel 2	Nivel de valor: $5 de copago/prescripción médica; no se aplica el deducible Todos los demás: $35 de copago/prescripción médica; no se aplica el deducible	No está cubierto	
	Medicamentos de marca y genéricos no preferidos | Nivel 3	$60 de copago/prescripción médica; no se aplica el deducible	No está cubierto	
	Nivel 4	$200 de copago/ prescripción médica; no se aplica el deducible	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coaseguro	40% de coaseguro	Es posible que se necesite autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. Cirugía bucal: Dentro de la red: 20% de coaseguro. Fuera de la red: 40% de coaseguro La cobertura se limita a los procedimientos que se indican en su Certificado de cobertura.
	Tarifas del médico/ cirujano	20% de coaseguro	40% de coaseguro	

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	$100 de copago/visita; no se aplica el deducible	$100 de copago/visita; no se aplica el deducible	El copago de la sala de emergencias no se cobra si lo ingresan. No se aplican deducibles/coaseguros por servicios adicionales prestados durante su visita. Los reclamos en el extranjero por cuidados de emergencia están sujetos a un límite de $20,000 por año de beneficios.
	Transporte médico de emergencia	20% de coaseguro	20% de coaseguro	Los reclamos en el extranjero por cuidados de emergencia están sujetos a un límite de $20,000 por año de beneficios.
	Cuidados de urgencia	$60 de copago/visita; no se aplica el deducible	40% de coaseguro	Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita.
Si lo hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coaseguro	40% de coaseguro	Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información.
	Tarifas del médico/ cirujano	20% de coaseguro	40% de coaseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$30 de copago/visita; no se aplica el deducible	40% de coaseguro	No hay beneficios para la atención de mantenimiento ni de apoyo. Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. Sin embargo, se puede aplicar un costo compartido reducido a las visitas mediante el programa de bienestar mental. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coaseguro	40% de coaseguro	Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información.

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	PCP: $30 de copago/visita; no se aplica el deducible Especialista: $60 de copago/visita; no se aplica el deducible	40% de coaseguro	La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos). Se necesita autorización previa para los servicios para pacientes hospitalizados. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita.
	Servicios profesionales para partos/nacimientos	20% de coaseguro	40% de coaseguro	
	Servicios del centro para partos/nacimientos	20% de coaseguro	40% de coaseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	20% de coaseguro	40% de coaseguro	La cobertura se limita a 60 visitas por año de beneficios. Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información.
	Servicios de rehabilitación	20% de coaseguro	40% de coaseguro	La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla se limita a un total combinado de 40 visitas por año de beneficios. Este límite se comparte entre los servicios de habilitación y de rehabilitación. La rehabilitación cardíaca se limita a 36 visitas por evento. Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona.
	Servicios de habilitación	20% de coaseguro	40% de coaseguro	La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla se limita a un total combinado de 40 visitas por año de beneficios. Este límite se comparte entre los servicios de habilitación y de rehabilitación. Es posible que se necesite autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona.

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)	Atención de enfermería especializada	20% de coaseguro	40% de coaseguro	La cobertura se limita a 90 días por internación. Este beneficio se combina con el beneficio de servicios de cama de transición. Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información.
	Equipo médico duradero	20% de coaseguro; no se aplica el deducible	20% de coaseguro; no se aplica el deducible	Para la compra o el alquiler de artículos DME se puede necesitar autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. Cobertura para: Ortesis para pies: solo un par por año de beneficios. Audífonos: solo un par cada 36 meses. Para obtener la lista de los modelos de audífonos cubiertos, inicie sesión en www.QuartzBenefits.com/hearingaids o comuníquese con Éxito de los clientes.
	Servicios de hospicio	20% de coaseguro	40% de coaseguro	Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. La cobertura de hospicio excluye los cargos de habitación y de comida en un centro especializado de enfermería.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; no se aplica el deducible	40% de coaseguro	Se cubre un examen de rutina de la vista sin cargo dentro de la red. Se aplica el costo compartido de una visita en el consultorio a los exámenes siguientes.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	----------Ninguna----------
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	----------Ninguna----------

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (esta no es una lista completa; Consulte su póliza o el documento del plan para ver otros servicios excluidos).		
• Cirugía cosmética • Atención dental (para adultos) • Tratamiento por infertilidad	• Atención de largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de EE. UU.	• Enfermería privada • Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o el documento del plan para ver otros servicios cubiertos y los costos de esos servicios).		
• Acupuntura (limitado) • Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica • Audífonos	• Atención de rutina de la vista (para adultos) • Atención de rutina de los pies

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin (Wisconsin Office of the Commissioner of Insurance) al 1-800-236-8517; Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de Estados Unidos (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en https://www.dol.gov/agencies/ebsa, o visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Puede haber otras opciones de cobertura para usted, incluyendo contratar una cobertura de seguro individual mediante el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar quejas formales o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo sin tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicho reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan toda la información sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso o para obtener ayuda, comuníquese con: Office of the Commissioner of Insurance, Complaints Department, P.O. Box 7873, Madison, WI 53707-7873 o si la cobertura es de un plan de salud grupal, llame a la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados al 1-866-444-EBSA (3272).

¿Da este plan cobertura esencial mínima? Sí.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles mediante el Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para recibir ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para recibir el crédito fiscal para la prima.

¿Cumple esta cobertura el estándar de valor mínimo? Sí.
Si su plan no cumple el estándar de valor mínimo, es posible que sea elegible para recibir un crédito fiscal para la prima, que lo ayudará a pagar un plan mediante el Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY)
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY)
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY)

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica que se da como ejemplo, consulte la página siguiente.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de los costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguro) y en los servicios excluidos según el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en coberturas individuales.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)	
Deducible general del plan	**$3,000**
Copago por especialista	**$60**
Coaseguro por hospital (centro)	**20%**
Otro coaseguro	**20%**
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del especialista *(atención prenatal)* Servicios profesionales para partos/nacimientos Servicios del centro para partos/nacimientos Pruebas de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)* Visita a un especialista *(anestesia)*	
Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	$3,000
Copagos	$80
Coaseguro	$1,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es de	**$4,480**

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red, de una condición médica bien controlada)	
Deducible general del plan	**$3,000**
Copago por especialista	**$60**
Coaseguro por hospital (centro)	**20%**
Otro coaseguro	**20%**
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluyendo educación sobre enfermedades)* Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)* Medicamentos bajo prescripción Equipo médico duradero *(glucómetro)*	
Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	$100
Copagos	$600
Coaseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es de	**$700**

Fractura simple de Mia (visita en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
Deducible general del plan	**$3,000**
Copago por especialista	**$60**
Coaseguro por hospital (centro)	**20%**
Otro coaseguro	**20%**
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Atención en sala de emergencias *(incluyendo suministros médicos)* Prueba de diagnóstico *(radiografías)* Equipo médico duradero *(muletas)* Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*	
Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	$1,500
Copagos	$200
Coaseguro	$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es de	**$1,750**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Aviso de no discriminación, disponibilidad de servicios de ayuda lingüística y ayudas y servicios auxiliares

Quartz es el nombre de marca de un grupo de compañías comprometidas con su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales independientes. En este aviso, "nosotros" se refiere a todas las compañías de Quartz.

Para obtener ayuda para entender este material en un idioma distinto del inglés, llame al (800) 362-3310, y un representante de Éxito de los Clientes lo ayudará. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo (incluyendo características sexuales, como características intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género; y estereotipos sexuales). Quartz no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Hacemos modificaciones razonables y damos ayudas y servicios auxiliares gratuitos apropiados a las personas con discapacidades para que se comunicen eficazmente con nosotros y para que participen en programas o actividades de salud, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Prestamos servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Éxito de los Clientes llamando al (800) 362-3310.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Chief Compliance Officer
2650 Novation Parkway
Fitchburg, WI 53713
Teléfono: (800) 362-3310
TTY: 711 u (800) 877-8973 (línea gratuita)
Fax: (608) 644-3500
Email: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, por fax o por email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro jefe de Cumplimiento, puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

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

Puede encontrar los formularios de quejas en hhs.gov/ocr/office/file/index.html. En ciertos estados, Quartz es un emisor calificado de Planes de Salud en Health Insurance Marketplace®. Para obtener más información, visite el sitio web de Health Insurance Marketplace® en HealthCare.gov.

ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (800) 362-3310, TTY: 711 / (800) 877-8973.

Spanish - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o hable con su proveedor.
Chinese -注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 或咨询您的服务提供商。
Hmong - LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.
Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 или обратитесь к своему поставщику услуг.
Vietnamese - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
Laotian - ຊົນເຊົ່ານ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.
German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

QA00172SP (0924)

Pennsylvania Dutch - LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhulpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 of spreek met je provider."
Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1(800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 أو تحدث إلى مقدم الخدمة".
Polish - UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
French - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ou parlez à votre fournisseur.
Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। I (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Korean -주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Albanian - VINI RE: Nëse flisni [shqip], shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.
Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o makipag-usap sa iyong provider.
Somali - FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ama la hadal bixiyahaaga. Gargaarsi gargaaraa fi tajaajilli sirrii ta'ee fi odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een kennuunis bilisaan ni argama.
Cushite (Oromo) - XIYYEEFFANNOO: Afaan Kushii yoo dubbattan tajaajilli gargaarsa afaanii bilisaan isiniif ni kennama. Gargaarsi gargaaraa fi tajaajilli sirrii ta'ee fi odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een kennuunis bilisaan ni argama. (800) 362-3310 bilbili. TTY: 711 / (800) 877-8973 ykn dhiyeessaa keessan waliin haasa'aa.
Amharic - ማሳሰቢያ፦ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት አማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ አገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሆ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።
Karen - ဆူ – နမ်ကတိ၊ ထမ့်လီဖဲအံၤ အဃိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆီၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢဝ် ဘူၣ်လၢ်စုၤလၢနၣ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မ့ၢ်ဟူပီးလီၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအ ကပြၣ်အတၣ် လၢကဟူၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤမ့ၢ်အီၤသ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘူၣ်လၢ်စုၤ လၢနၣ်လီၤ. ကိး (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 မ့တမ့ၢ် ကတိၤတၢ်ဒီး နပှၤလၢဟူၣ် နၤတၢ်ကျိၤထွဲမၤစၢၤတဂ့ၢ်.
Mon-Khmer, Cambodian (Khmer) - សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសមរម្យមួយចំនួនក្រុមការងារផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់ហត ក៏អាចរកហត១០ាយអាតគិតថ្លៃដែរ។ ហៅ១ូរសព្ទ១០០ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ឬនិយាយ១០ាកាងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។
Serbo-croatian (Serbian) - ПАЖЊА: Ако говорите српскохрватски, доступне су вам бесплатне језичке услуге. Бесплатна су и одговарајућа помоћна помагала и услуге за пружање информација у приступачним форматима. Позовите (800) 362-3 ТТИ: 711 / (800) 877-8973 или разговарајте са својим провајдером.
Thai - หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ"
Gujarati - ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો (800) 362-3310. TTY: / (800) 877-8973 અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
Urdu - (.توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔) 362-3310 (800) پر کال کریں۔ TTY: 711 / (800) 877-8973 یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Italian - ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'(800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o parla con il tuo fornitore.
Greek - ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

QA00172SP (0924)

Nepali - ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंलाई निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक सहायताहरू र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। कल (800) 362-3310। TTY: 711 / (800) 877-8973 वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।
Ukrainian - УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 або зверніться до свого постачальника.
Tibetan - ཡིག་ཆུང་གསལ་གཏུག་ཡོད་པའི་སྐད་རིགས་ཁྱེད་ཀྱིས་བཙལ་ན། ཕོན་པར་ཡིག་ཆའི་རྣམ་པར་ཁག་ཐེག་ཆེ་ཞིང་ཁྱེད་ཀྱིས་ཐེབས་ཀྱང་ཡོད། ཟོན་པར་ཚན་ཤེས་ཀྱི་རོགས་རམ་དང་ཞབས་ཏོག་ཁག་ཡང་ཁྱེད་ཀྱིས་ཐེབས་ཀྱི་ཡོད། ཁ་པར་(٨٠٠)٣٦٢-٣٣١٠ TTY: 711 / (800) 877-8973 ཡང་ན་ཁྱེད་ཀྱི་མཁོ་སྐྱོན་བྱེད་མཁན་ལས་བཤད་རོགས།
Wolof - FÀTTAL: Sooy wax Wolof, ay serwiis yu lay jàppale ci làkk wi doo fay. Ay ndimbal ak ay serwiis yu war ngir joxe leeral ci formaa yu yomb am nañu ci te doo fay. Woowal (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 wala nga waxtaan ak sa joxekat.