

Solicitud de cobertura dental individual para adultos

La cobertura dental para adultos está suscrita por QCC Insurance Company.

Instrucciones:

1. Debe usar esta solicitud si desea inscribirse en un plan individual para atención dental para adultos 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. Sírvase completar todas las secciones y escribir claramente en letra de imprenta con tinta negra.
3. Lea detenidamente y firme el documento adjunto **Declaraciones y condiciones de inscripción**.
4. Solo proporcione información sobre su cónyuge, pareja doméstica y dependiente si ellos también están solicitando cobertura. 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 dental para adultos.

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 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 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. 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 para toda la persona. Nuestros analistas de datos pueden analizar estos datos para respaldar iniciativas de salud equitativas e integrales para las personas. Para obtener información sobre las políticas y procedimientos del Plan para gestionar el acceso y el uso de datos de raza/etnia e idioma, incluidos: controles para el acceso físico y electrónico a los datos, uso permitido de los datos, así como uso no permitido de los datos, consulte el Aviso de prácticas de privacidad en ibx.com/privacy-policy.

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/dental para presentar su solicitud en línea.

Únicamente para uso de oficina

Número de solicitud: _____

ID de cuenta: _____

Solicitud de cobertura dental individual para adultos

La cobertura dental para adultos 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.

SECTION A — Selecciones de planes

Tipo de cobertura	Razón de la solicitud	Forma de pago	Únicamente para uso de oficina
Solicitante únicamente Solicitante y cónyuge o pareja doméstica Solicitante e hijos Familiar	Nueva inscripción Añadir 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 ibx4you.com/payment .	Fecha de entrada en vigencia: _____

Elección del plan	
Atención odontológica independiente	
Adult Dental Preferred	Adult Dental Premier

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 todo lo que corresponda) †			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		

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

† La información sobre factores demográficos: (1) se mantendrá como privada; (2) no puede 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 A — Información principal del solicitante (continuación)

Idioma preferido					
Inglés	Español	Chino			
Italiano	Portugués	Otro			
Prefiero no responder					
Identidad cultural (Seleccione hasta 5)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guamano o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Powhatan Nación 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 todo lo que corresponda)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái u otro Isleño 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 B – Datos familiares (continuación)*

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

Nombre del familiar 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 todo lo que corresponda)				
Indio norteamericano o nativo de Alaska		Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái u otro Isleño 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 B – Datos familiares (continuación)*

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

Nombre del familiar 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 todo lo que corresponda)				
Indio norteamericano o nativo de Alaska		Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái u otro Isleño 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 B – Datos familiares (continuación)*

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

Nombre del familiar 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 todo lo que corresponda)				
Indio norteamericano o nativo de Alaska		Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái u otro Isleño 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 B – Datos familiares (continuación)*

Identidad cultural (Seleccione hasta 5)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guamano o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Powhatan Nación 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 – Datos de contacto

Número de teléfono particular ()	Número de teléfono móvil ()	Dirección de correo electrónico
Mejor hora para llamarle: 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 C — 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:

1. a) Para conocer la fecha de vigencia de su cobertura, consulte la información en la Carta de Tarifas de la Prima.
b) La cobertura no comienza hasta que la compañía procese la solicitud con una fecha de entrada en vigencia asignada y se reciba el pago.
c) Se aceptan pagos con tarjeta de crédito/débito y tarjetas de débito prepagas únicamente para la prima del primer mes.
d) El recibo del pago inicial no constituye inscripción en ningún programa.
e) 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.
2. 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.
3. 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.
4. **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 información de salud protegida (protected health information, PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones (treatment, payment, and operations, TPO) según la definición de estos términos establecida por las leyes federales.**
5. 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.
6. 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 está solicitando cobertura) Fecha

SECTION D – 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 y enumeré toda la información solicitada revelada por:	
_____ Nombre	_____ Firma del traductor (obligatorio)
_____/_____/_____ Fecha (obligatorio)	_____ Relación con el solicitante

SECTION E – Información del corredor de seguros (si corresponde)

Número nacional del productor 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
------------------------------------	------------------------------------

La cobertura dental para adultos está suscrita por QCC Insurance Company.

SECTION F — 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.

Language Assistance Services

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia en idiomas disponibles de forma gratuita para usted. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711).

Chinese: 注意: 如果您讲中文, 您可以得到免费的语言协助服务。致电 1-800-275-2583。

Korean: 안내사항: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-275-2583 번으로 전화하십시오.

Portuguese: ATENÇÃO: se você fala português, encontram-se disponíveis serviços gratuitos de assistência ao idioma. Ligue para 1-800-275-2583.

Gujarati: સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 કોલ કરો.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Hãy gọi 1-800-275-2583.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, то можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Тел.: 1-800-275-2583.

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-275-2583.

Italian: ATTENZIONE: Se lei parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-275-2583.

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-275-2583.

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-275-2583.

Telugu: క్షణ పెట్టండి: ఒకవేళ మీరు తెలుగు భాష మాట్లాడుతున్నట్లయితే, మీ కొరకు తెలుగు భాషాసహాయక సేవలు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) కు కాల్ చేయండి.

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo na tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583.

Pennsylvania Dutch: BASS UFF: Wann du Pennsylvania Deitsch schwetzsch, kannscht du Hilf griege in dei eegni Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Nummer 1-800-275-2583.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-275-2583।

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlos sprachliche Unterstützung anfordern. Wählen Sie 1-800-275-2583.

Japanese: 備考: 母国語が日本語の方は、言語アシスタンスサービス (無料) をご利用いただけます。1-800-275-2583へお電話ください。

Persian (Farsi):

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 1-800-275-2583 تماس بگیرید.

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh. Hódííłnih kojí' 1-800-275-2583.

Urdu:

توجہ درکار ہے: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو آپ کے لئے مفت میں زبان معاون خدمات دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-275-2583.

Mon-Khmer, Cambodian:

សូមមេត្តាចាំបំរើអារម្មណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ នោះ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-275-2583។

Taglines as of 12/31/2022

Discrimination is Against the Law

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

This Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that This Plan 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 our Civil Rights Coordinator. You can file a grievance in the following ways: In person or by mail: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, By phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711) By fax: 215-761-0245, By email: civilrightscordinator@1901market.com. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://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, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Taglines as of 12/31/2022