

# Su Resumen de Beneficios



Anthem® Blue Cross Life and Health Insurance Company

Su plan: Amy's Kitchen, Inc.: Custom Anthem Classic PPO 1500/10/0

Su red: Prudent Buyer PPO

Visitas con proveedores de atención virtual únicamente	Costo través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web
Atención primaria y servicios médicos de urgencia/agudos	\$10 copago por visita el deducible no se aplica
Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias	\$10 copago por visita el deducible no se aplica
Atención de especialistas	\$10 copago por visita el deducible no se aplica

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Deducible general	\$1,500 persona / \$3,000 familia	\$1,500 persona / \$3,000 familia
Límite general de gastos de bolsillo	\$2,500 persona / \$5,000 familia	\$2,500 persona / \$5,000 familia

El deducible por familia y el límite de gastos de bolsillo están integrados, lo que significa que los costos compartidos de un familiar se aplicarán al deducible por persona y al límite de gastos de bolsillo por persona; además, los montos para todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible por familia como al límite de gastos de bolsillo por familia. Ningún miembro pagará más del deducible por persona o el límite de gastos de bolsillo por persona.

Todos los deducibles, copagos y coseguros médicos se aplican al límite de gastos de bolsillo.

Los deducibles y los gastos de bolsillo dentro y fuera de la red se combinan y se acumulan entre sí.

**Visitas al médico (virtuales y en el consultorio)** *Le recomendamos que seleccione un médico de atención primaria (PCP).*

<b>Atención primaria (médico de atención primaria, PCP), y servicios de trastornos de salud mental y uso de sustancias virtual y en el consultorio</b>	\$10 copago por visita el deducible no se aplica	30% de coseguro el deducible no se aplica
<b>Atención de especialistas virtual y en el consultorio</b>	\$10 copago por visita el deducible no se aplica	30% de coseguro el deducible no se aplica
<b><u>Visitas a otros profesionales de la salud</u></b>		
<b>Servicios de maternidad</b>		

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
<p>Atención prenatal y posparto</p> <p>Parto</p> <p><b>Terapia de manipulación</b> <i>La cobertura se limita a 24 visitas por periodo de beneficio.</i></p> <p><b>Acupuntura</b> <i>La cobertura se limita a 24 visitas por periodo de beneficio.</i></p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p> <p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p>	<p>30% de coseguro el deducible no se aplica</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro el deducible no se aplica</p> <p>30% de coseguro el deducible no se aplica</p>
<p><b><u>Otros servicios en un consultorio</u></b></p> <p><b>Pruebas de alergia</b></p> <p><b>Medicamentos recetados</b> <i>Provistos en el consultorio</i> <i>Costo compartido máximo por miembro de \$250 por medicamento.</i></p> <p><b>Cirugía</b></p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo</p>	<p>30% de coseguro el deducible no se aplica</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b>Servicios preventivos / chequeos / inmunizaciones</b></p>	<p>Sin cargo</p>	<p>30% de coseguro el deducible no se aplica</p>
<p><b>Atención preventiva para afecciones crónicas</b> <i>según las pautas del Servicio de Rentas Internas (IRS)</i></p>	<p>Sin cargo</p>	<p>30% de coseguro el deducible no se aplica</p>
<p><b><u>Servicios de diagnóstico</u></b></p> <p><b>Laboratorio</b></p> <p>Consultorio</p> <p>Centro laboratorio independiente</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>
<p><b>Radiografía</b></p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo después de alcanzar el deducible	Sin cargo después de alcanzar el deducible
<p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> <i>por ejemplo: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía axial computarizada (CAT)</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b><u>Atención urgente y de emergencia</u></b></p> <p><b>Atención urgente</b> <i>incluye servicios del médico. Es posible que se apliquen cargos adicionales según la atención brindada.</i></p> <p><b>Servicios de la sala de emergencias</b> <i>Su copago se cancelarán si usted es admitido.</i></p> <p><b>Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios</b></p> <p><b>Ambulancia</b></p>	<p>\$10 copago por visita el deducible no se aplica</p> <p>\$100 copago por visita después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro el deducible no se aplica</p> <p>Cubierto dentro de la red</p> <p>Cubierto dentro de la red</p> <p>Cubierto dentro de la red</p>
<p><b>Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un centro</b></p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Servicios médicos</p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b><u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Tarifas del centro</b></p> <p>Hospital</p>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
<p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p><b>Médico y otros servicios</b> que incluyen tarifas del cirujano</p> <p>Hospital</p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b><u>Hospital (Incluidos los servicios de maternidad y para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias)</u></b></p> <p>Tarifas del centro</p> <p><b>Médico y otros servicios</b> que incluyen tarifas del cirujano</p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b>Atención médica a domicilio</b> <i>La cobertura se limita a 180 visitas por periodo de beneficio.</i></p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación y recuperación de las habilidades</b> <i>incluidas terapias física, ocupacional y del habla.</i> <i>La cobertura de terapias físicas, ocupacionales, del habla, pulmonares y respiratorias está limitada a 180 visitas combinadas por periodo de beneficios.</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p> <p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p> <p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b>Rehabilitación pulmonar</b> consultorio y hospital ambulatorio <i>La cobertura de terapias físicas, ocupacionales, del habla, pulmonares y respiratorias está limitada a 180 visitas combinadas por periodo de beneficios.</i></p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>
<p><b>Rehabilitación cardíaca</b> consultorio y hospital ambulatorio <i>La cobertura de terapias físicas, ocupacionales, del habla, pulmonares y respiratorias está limitada a 180 visitas combinadas por periodo de beneficios.</i></p>	<p>Sin cargo después de alcanzar el deducible</p>	<p>30% de coseguro después de alcanzar el deducible</p>

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
<b>Diálisis/Hemodiálisis</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible
<b>Quimio/Radioterapia</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible
<b>Atención de enfermería especializada (en un centro)</b> <i>La cobertura para los servicios de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada se limita a 180 días combinados por periodo de beneficio.</i>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible
<b>Centro para pacientes internados terminales</b> <i>La cobertura se limita a 180 días por periodo de beneficio.</i>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible
<b>Equipo Médico Duradero</b>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible
<b>Dispositivos prostéticos</b>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible
<b>Audífonos</b> <i>La cobertura se limita a \$4,000 máximo cada 4 años.</i>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible
<b>Servicios de infertilidad</b> <i>Limitado a un máximo de \$5000 por año de beneficios, incluidos In-vitro, GIFT y ZIFT, etc.</i>	Sin cargo después de alcanzar el deducible	30% de coseguro después de alcanzar el deducible

**Notas:**

- Si tiene una visita al consultorio de su médico de atención primaria, especialista o atención de urgencia en un centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio), los beneficios de los Servicios cubiertos se pagarán según los “Servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios”.
- Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. Se puede aplicar otra distribución de costos según los servicios prestados. Consulte su Certificado de cobertura para obtener más detalles.
- Los límites para la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla, si los hubiera para este plan, no se aplicarán si recibe atención como parte del beneficio para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.

*Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. En él no se reflejan todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) formal. Si hubiese alguna diferencia entre este resumen y el La Evidencia de Cobertura (EOC), el Evidencia de Cobertura (EOC), prevalecerá.*

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Anthem Blue Cross and Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company are independent licensees of the Blue Cross Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association.

Preguntas: (855) 333-5730 o visite [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

Se ha dejado en blanco  
intencionalmente

## Get help in your language

### Notice of Language Assistance

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-888-254-2721. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. (TTY/TDD: 711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

#### Spanish

Servicios lingüísticos sin costo. Puede tener un intérprete. Puede solicitar que le lean los documentos y algunos puede recibirlos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-888-254-2721. Para obtener ayuda adicional, llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357. (TTY/TDD: 711)

#### Arabic

يتم تقديم خدمات اللغة دون مقابل. يمكنك الاستعانة بمتترجم. ويمكنك المطالبة بأن تُقرأ لك بعض المستندات وأن يُرسل بعضها بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك أو على الرقم 1-888-254-2721. للحصول على مزيد من المساعدة، يُرجى الاتصال بإدارة كاليفورنيا للتأمين على الرقم 1-800-927-4357. (TTY/TDD: 711)

#### Armenian

Թարգմանչական անվճար ծառայություններ: Մենք կարող ենք Ձեզ թարգմանչի ծառայություններ առաջարկել Կարող ենք տրամադրել ինչ-որ մեկին, ով փաստաթղթերը կկարդա Ձեզ համար և կուղարկի դրանք Ձեր լեզվով: Օգնություն ստանալու համար զանգահարեք մեզ Ձեզ ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ 1-888-254-2721 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության նախարարություն հեռխոսահամարով՝ 1-800-927-4357: (TTY/TDD: 711)

#### Chinese

免費語言服務。您能獲得免費的譯員。您能聽到以您的語言讀出的文件內容，也能獲得以您的語言而寫的部分文件。如需協助，請撥打您的 ID 卡上的號碼或者 1-888-254-2721 聯絡我們。如需更多協助，請撥打 1-800-927-4357 聯絡 CA Dept. of Insurance。 (TTY/TDD: 711)

#### Farsi

خدمات رایگان زبانی. می‌توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید بخوانید اسناد را برای شما بخوانند و برخی اسناد نیز به زبان خودتان برایتان ارسال شود. برای دریافت کمک، از طریق شماره فهرست شده در کارت شناسایی‌تان و یا از طریق 1-888-254-2721 با ما تماس بگیرید. برای دریافت کمک‌های بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. (TTY/TDD: 711)

#### Hindi

बिना लागत की भाषा सेवाएँ। आप दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेज़ पढ़वा सकते हैं और कुछ दस्तावेज़ आपको आपकी भाषा में भेजे जा सकते हैं। मदद के लिए, हमें अपने ID कार्ड पर सूचीबद्ध नंबर पर या 1-888-254-2721 पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए 1-800-927-4357 पर CA बीमा विभाग को कॉल करें। (TTY/TDD: 711)

### Hmong

Tsis Xam Tus Nqi Cov Kev Pab Cuam Ntsig Txog Hom Lus. Koj muaj peev xwm tau txais ib tus neeg txhais lus. Koj muaj peev xwm tau txais cov ntaub ntawv nyceem ua koj hom lus rau koj mloog thiab yuav xa ib co ntaub ntawv sau ua koj hom lus tuaj rau koj. Txog rau kev pab, hu rau peb tus nab npawb xov tooj teev tseg cia nyob rau ntawm koj daim ID los sis 1-888-254-2721. Txog rau kev pab ntxiv, hu xov tooj rau Pab Kas Phais Lub Chaw Ua Hauj Lwm CA tus xov tooj 1-800-927-4357. (TTY/TDD: 711)

### Japanese

無料言語サービス。通訳サービスを受けられます。希望する言語で文書を読み上げたり、文書を送るサービスも可能です。支援を受けるには、IDカードに記載された番号、または 1-888-254-2721 にお電話ください。支援の詳細は、カリフォルニア州保険局（1-800-927-4357）にお電話ください。(TTY/TDD: 711)

### Khmer

សេវាកម្មភាសាភ្នំពេញ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាបកប្រែឆាប់រហ័ស។ អ្នកអាចឱ្យគេអានឯកសារផ្សេងៗជូនអ្នក និងផ្ញើឯកសារជូនអ្នកជាភាសារបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយ សូមហៅ ទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខដែលបានរាយនៅលើកាត ID របស់អ្នក ឬក៏លេខ 1-888-254-2721។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយបន្ថែម សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ CA Dept. of Insurance តាមលេខ 1-800-927-4357។(TTY/TDD: 711)

### Korean

무료 언어 서비스. 번역사를 이용하실 수 있습니다. 귀하의 언어로 녹음되어 작성된 문서를 받아보실 수 있습니다. 도움을 받으시려면 ID 카드에 기재된 번호 또는 1-888-254-2721로 전화하십시오. 다른 도움이 필요하시면 1-800-927-4357로 보험 CA 부서에 문의 주십시오. (TTY/TDD: 711)

### Punjabi

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਆਰੀਆ ਪਰਾਪਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੋਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੁਝ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ ਜਾਂ 1-888-254-2721 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਿਜਆਦਾ ਮਦਦ ਲਈ, ਸੀਏ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਔਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

### Russian

Бесплатные языковые услуги. Вы можете получить услуги устного переводчика. Вам могут прочесть документы или направить некоторые из них на вашем языке. Для получения помощи звоните нам по телефону, указанному на вашей идентификационной карте, или по номеру 1-888-254-2721. Для получения дополнительной помощи звоните в Департамент страхования штата Калифорния по номеру 1-800-927-4357. (TTY/TDD: 711)

### Tagalog

Mga Libreng Serbisyo para sa Wika. Maaari kayong kumuha ng interpreter. Maaari ninyong ipabasa ang mga dokumento at ipadala ang ilan sa mga ito sa inyo sa wikang ginagamit ninyo. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa inyong ID card o sa 1-888-254-2721. Para sa higit pang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. (TTY/TDD: 711)

### Thai

ไม่มีค่าบริการเกี่ยวกับภาษา ท่านสามารถขอใช้บริการได้ ท่านสามารถขอให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารได้ท่านฟังและเอกสารบางอย่างจะส่งถึงท่านโดยใช้ภาษาของท่าน หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุอยู่บนบัตรประจำตัวของท่านหรือที่หมายเลข 1-888-254-2721 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรติดตามแผนก CA Dept. of Insurance ที่หมายเลข 1-800-927-4357 (TTY/TDD: 711)

### Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có thông dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu đọc tài liệu cho quý vị nghe và yêu cầu gửi một số tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, hãy gọi cho số được ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-888-254-2721. Để được giúp đỡ thêm, hãy gọi cho Sở Bảo Hiểm California (California Department of Insurance) theo số 1-800-927-4357. (TTY/TDD: 711)

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company is an independent licensee of the Blue Cross Association. ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association.

## Es importante que lo tratemos de manera justa

Esta es la razón por la cual aplicamos las leyes federales sobre derechos civiles en todos nuestros programas y actividades de atención de la salud. No discriminamos, no excluimos a las personas, ni tampoco las tratamos diferente por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En el caso de personas con algún tipo de discapacidad, ofrecemos servicios de asistencia gratuitos. En el caso de personas cuyo idioma nativo no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia con el idioma a través de intérpretes y documentos escritos en otros idiomas. ¿Está interesado en estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos logrado ofrecer estos servicios adecuadamente o ha sido discriminado(a) por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación, a la que también se conoce como "queja formal". Para presentar su reclamación ante nuestro Coordinador de Cumplimiento (Compliance Coordinator), escríbanos a Compliance Coordinator P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O bien, puede presentar una reclamación ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llamando por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) o por Internet a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.