



**Este es solo un resumen.** Si quiere obtener más detalles sobre su cobertura y costos, puede ver los términos completos en la póliza o el documento del plan en <http://apehp.com/forms-documents/> o llamando al 1-888-670-8135.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Cuál es el <b>deducible</b> total?	Nivel 1: <b>\$0</b> /Nivel 2: <b>\$2,500</b> persona/ <b>\$5,000</b> familia. No aplica a la atención preventiva.	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del <b>deducible</b> antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted usa. Revise su póliza o documento del plan para ver cuándo vuelve a comenzar el <b>deducible</b> (normalmente pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cuánto paga usted por servicios cubiertos después de cumplir con el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver otros costos por servicios que este plan cubre.
¿Hay un <b>límite de mi propio bolsillo</b> para mis gastos?	Sí. Nivel 1: <b>\$3,000-</b> persona/ <b>\$6,000-</b> familia Nivel 2: <b>\$6,000</b> persona/ <b>\$12,000</b> familia	El <b>límite de su propio bolsillo</b> es lo máximo que usted podría pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear para gastos de atención médica.
¿Qué no está incluido en el <b>límite de mi propio bolsillo</b> ?	Primas, las sanciones por la no obtención de la autorización previa para los servicios, el balance de los cargos facturados y cuidado de la salud este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, los mismos no cuentan para el <b>límite de su propio bolsillo</b> .
¿Hay un límite anual total en lo que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites para lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas al consultorio.
¿Usa este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Consulte <b>apehp.com</b> o llame al 1-888-670-8135. Fuera de NJ <a href="http://www.sarhpcdir.cigna.com/mcoap">www.sarhpcdir.cigna.com/mcoap</a> , o llame al 1-888-670-8135 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Si usa un médico dentro de la red u otro <b>proveedor</b> de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta, su médico u hospital dentro de la red puede usar un <b>proveedor</b> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red, <b>preferido</b> , o participante para <b>proveedores</b> en su <b>red</b> . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan le paga a distintos tipos de <b>proveedores</b> .
¿Necesito una referencia para ver un <b>especialista</b> ?	No. No necesita una referencia para ver un especialista.	Puede ver al <b>especialista</b> que usted elija sin permiso de este plan.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se muestran en la página 6. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los <b>servicios excluidos</b> .

**Preguntas:** Llame al 1-888-670-8135 o visítenos en <http://apehp.com/forms-documents/>.

Si no tiene claro cualquiera de los términos subrayados que aparecen en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://apehp.com/forms-documents/> o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.



- **Los copagos** son cantidades de dólares fijas (por ejemplo, \$15) que usted paga por atención médica cubierta, normalmente cuando usted recibe el servicio.
- **Coseguro** es su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan para una estadía de un día a otro en el hospital es \$1,000, su pago de **coseguro** del 20% sería \$200. Esto puede cambiar si usted no ha cumplido con su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más de la **cantidad permitida**, puede que usted tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 para una estadía de un día a otro y la **cantidad permitida** es \$1,000, puede que usted tenga que pagar la diferencia de \$500. (Esto se llama **facturación del saldo**).
- Este plan lo puede alentar a que use **proveedores** participantes cobrándole cantidades menores de **deducibles**, **copagos** y **coseguro**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor Dentro de la red Nivel 1	Su costo si usa un proveedor Fuera de la red Nivel 2	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio de un <b>proveedor médico</b> o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$25/visita	Coseguro del 30%	_____Ninguna_____
	Visita al especialista	Copago de \$50/visita	Coseguro del 30%	_____Ninguna_____
	Visita al consultorio de otro profesional médico	Copago de \$50/visita	Coseguro del 30%	<b>Dentro de la red:</b> La cobertura quiropráctica limita a 30 el máximo de visitas anuales; <b>Fuera de la red:</b> La quiropráctica no cubierto.
	Atención/evaluación/inmunización preventiva	Sin cargo	Sin cargo	_____Ninguna_____
Si tiene una prueba	Pruebas diagnósticas (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Coseguro del 30%	_____Ninguna_____
	Obtención de imágenes (tomografías CT/PET, MRI)	Sin cargo	Coseguro del 30%	Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000

**Preguntas:** Llame al 1-888-670-8135 o visítenos en <http://apehp.com/forms-documents/>.

Si no tiene claro cualquiera de los términos subrayados que aparecen en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://apehp.com/forms-documents/> o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor Dentro de la red Nivel 1	Su costo si usa un proveedor Fuera de la red Nivel 2	Limitaciones y excepciones
<p><b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b>                      Más información sobre la <b>cobertura de medicamentos recetados</b> está disponible en <a href="http://www.Express-Scripts.com">www.Express-Scripts.com</a>.                      Llame a <b>ExpressScripts</b> al <b>(800) 818-6634</b> si tiene preguntas.</p>	Medicamentos genéricos	<p><b>RX1</b> - Copago de \$6/receta (minorista), copago de \$15/receta (pedido por correo)  <b>RX2</b> - Copago de \$20/receta (minorista), copago de \$50/receta (pedido por correo)  <b>RX3</b> - Copago de \$15/receta (minorista), copago de \$37.50/receta (pedido por correo)  <b>RX6</b> - No está cubierto</p>	No está cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta minorista); suministro de 90 días (receta de pedido por correo); puede que aplique la <b>Prestación para surtido minorista, Terapia escalonada o Surtir según se indica en la receta.</b>
	Medicamentos de marca preferidos	<p><b>RX1</b> - Copago de \$25/receta (minorista), copago de \$62.50/receta (pedido por correo)  <b>RX2</b> - Copago de \$40/receta (minorista), copago de \$100/receta (pedido por correo)  <b>RX3</b> – Coseguro del 50% (minorista), /coseguro del 50% (pedido por correo)  <b>RX6</b> - No está cubierto</p>	No está cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta minorista); suministro de 90 días (receta de pedido por correo); puede que aplique la <b>Prestación para surtido minorista, Terapia escalonada o Surtir según se indica en la receta.</b> <b>RX 3</b> - (Minorista) el mínimo en un suministro de 30 días es \$25; el máximo es \$500. (Pedido por correo) el mínimo en un suministro de 90 días es \$62; el máximo es \$1,250.
	Medicamentos de marca no preferidos	<p><b>RX1</b> - Copago de \$40/receta (minorista), copago de \$100/receta (pedido por correo)  <b>RX2</b> - Copago de \$70/receta (minorista), copago de \$175/receta (pedido por correo)  <b>RX3</b> – Coseguro del 50% (minorista), /coseguro del 50% (pedido por correo)  <b>RX6</b> - No está cubierto</p>	No está cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta minorista); suministro de 90 días (receta de pedido por correo); puede que aplique la <b>Prestación para surtido minorista, Terapia escalonada o Surtir según se indica en la receta.</b> <b>RX 3</b> - (Minorista) el mínimo en un suministro de 30 días es \$25; el máximo es \$500. (Pedido por correo) el mínimo en un suministro de 90 días es \$62; el máximo es \$1,250.

**Preguntas:** Llame al 1-888-670-8135 o visítenos en <http://apehp.com/forms-documents/>.

Si no tiene claro cualquiera de los términos subrayados que aparecen en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://apehp.com/forms-documents/> o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor Dentro de la red Nivel 1	Su costo si usa un proveedor Fuera de la red Nivel 2	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos especializados	<p><b>RX1</b> - Copago de \$25-\$40/receta (minorista), copago de \$62.50-\$100/receta (pedido por correo)</p> <p><b>RX2</b> - Copago de \$40-\$70/receta (minorista), copago de \$100-\$175/receta (pedido por correo)</p> <p><b>RX3</b> – Coseguro del 50% (minorista), /coseguro del 50% (pedido por correo)</p> <p><b>RX6</b> - No está cubierto</p>	No está cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta minorista); suministro de 90 días (receta de pedido por correo); puede que aplique la <b>Prestación para surtido minorista, Terapia escalonada o Surtir según se indica en la receta.</b> <b>RX 3</b> - (Minorista) el mínimo en un suministro de 30 días es \$25; el máximo es \$500. (Pedido por correo) el mínimo en un suministro de 90 días es \$62; el máximo es \$1,250.
Si tiene cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa de la instalación (p. ej., centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	Sin cargo después del copago de \$50 (hospital); Sin cargo después del copago de \$250 (independiente)	Coseguro del 30%	\$1,000 maximo anual, en instalación independientes.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 30%	_____Ninguna_____
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	Copago de \$100/visita	Copago de \$100/visita	_____Ninguna_____
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	_____Ninguna_____
	Atención médica de urgencia	Copago de \$50/visita	Copago de \$50/visita	_____Ninguna_____
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo después del copago de \$500 por ingreso	Coseguro del 30%	Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 30%	_____Ninguna_____
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios de salud mental/conductual para pacientes ambulatorios	Copago de \$50/visita	Coseguro del 30%	_____Ninguna_____
	Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados	Sin cargo después del copago de \$500 por ingreso	Coseguro del 30%	Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000

**Preguntas:** Llame al 1-888-670-8135 o visítenos en <http://apehp.com/forms-documents/>.

Si no tiene claro cualquiera de los términos subrayados que aparecen en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://apehp.com/forms-documents/> o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor Dentro de la red Nivel 1	Su costo si usa un proveedor Fuera de la red Nivel 2	Limitaciones y excepciones
	Servicios para trastorno por el uso de sustancias para pacientes ambulatorios	Copago de \$50/visita	Coseguro del 30%	_____ Ninguna _____
	Servicios para trastorno por el uso de sustancias para pacientes internados	Sin cargo después del copago de \$500 por ingreso	Coseguro del 30%	Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000
<b>Si está embarazada</b>	Cuidado prenatal y postparto	Copago de \$25, solo la visita inicial, Entonces sin cargo	Coseguro del 30%	_____ Ninguna _____
	Parto y todos los servicios para pacientes internadas	Sin cargo después del copago de \$500 por ingreso	Coseguro del 30%	_____ Ninguna _____
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades de salud especiales</b>	Atención médica en el hogar	Copago de \$50/visita	No está cubierto	60 días máximo anual per condition. Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo después del copago de \$500 por ingreso	Coseguro del 30%	60 días máximo anual per condition. Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	_____ Ninguna _____
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo después del copago de \$500 por ingreso	Coseguro del 30%	60 días máximo anual per condition
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No está cubierto	Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000
	Servicios de cuidado paliativo	Sin cargo	Coseguro del 30%	Requiere autorización previa; se puede aplicar una sanción del 50% hasta \$10,000
<b>Si su hijo(a) necesita cuidado dental o de la vista</b>	Examen de la vista	Sin cargo	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos	Coseguro del 50%	No está cubierto	Se Limita a un par de anteojos por año.
	Examen dental	No está cubierto	No está cubierto	_____ Ninguna _____

**Preguntas:** Llame al 1-888-670-8135 o visítenos en <http://apehp.com/forms-documents/>.

Si no tiene claro cualquiera de los términos subrayados que aparecen en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://apehp.com/forms-documents/> o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.



## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para ver otros servicios excluidos).

- |   |                                 |                                |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| • La atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de EE.UU. | • Cirugía cosmética             | • Cuidado a largo plazo        |
| • Audífonos   | • Cuidado de rutina de los pies | • Programas de pérdida de peso |
| • El cuidado dental (Niño)  | • Cuidado dental (Adulto)       | • Servicios de habilitación    |

### Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para ver otros servicios cubiertos y sus costos por estos servicios.)

- |                      |   |                                  |
|----------------------|---|----------------------------------|
| • Acupuntura         | • Cuidado de la visión de rutina (Adulto) | • Enfermería privada             |
| • Cirugía bariátrica | • Cuidado quiropráctico                   | • Tratamiento de la infertilidad |

### Sus derechos de continuar la cobertura:

Si pierde cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que le permitan mantener cobertura de atención médica. Dichos derechos pueden estar limitados en duración y se requerirá que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. También pueden aplicar otras limitaciones a sus derechos a continuar la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, con el plan al 1-888-670-8135. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado, el Departamento de Trabajo de EE.UU. (U.S. Department of Labor) Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security) al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en el 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

### Sus derechos para quejas y apelaciones:

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura para las reclamaciones de su plan, usted puede ser capaz de apelar o presentar una **queja formal**. Para preguntas acerca de sus derechos, el presente anuncio o ayuda, puede ponerse en contacto con: servicio al cliente al (888) 670-8135. También puede comunicarse con el departamento de seguros, del estado, el Departamento de Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Póngase en contacto con el Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey llamando al 1-800-446-7467 o [www.state.nj.us/dobi/consumer.htm](http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm).

### ¿Provee esta cobertura, la cobertura mínima esencial?

La Ley de Salud Asequible requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que califique como “cobertura mínima esencial”.

**Este plan o póliza sí brinda la cobertura mínima esencial.**

### ¿Cumple esta cobertura con el estándar de valor mínimo?

La Ley de Salud Asequible establece el estándar de valor mínimo de beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial).

**Esta cobertura de salud sí cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

### Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-888-670-8135**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-888-670-8135**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码**1-888-670-8135**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' **1-888-670-8135**.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos para una situación médica de muestra, consulte la página siguiente.—————

**Preguntas:** Llame al **1-888-670-8135** o visítenos en <http://apehp.com/forms-documents/>.

Si no tiene claro cualquiera de los términos subrayados que aparecen en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://apehp.com/forms-documents/> o llame al **1-888-670-8135** para solicitar una copia.

**Sobre estos ejemplos de cobertura:**

Estos ejemplos muestran cómo podría cubrir este plan la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera un paciente de muestra podría recibir si está cubierto bajo planes distintos.



**Esta no es una calculadora de costos.**

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales bajo este plan. La atención que usted reciba en realidad será distinta de estos ejemplos, y el costo de esa atención también será distinto.

Consulte la página siguiente para ver información importante sobre estos ejemplos.

**Tener un bebé**  
(parto normal)

- Cantidad que se debe a los proveedores: \$7,540
- El plan paga \$5,225
- El paciente paga \$2,135

**Muestra de los costos por la atención:**

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otra atención preventiva	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

**El paciente paga:**

Deducibles	\$1,500
Copagos	\$35
Coseguro	\$780
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total</b>	<b>\$2,315</b>

**Manejo de la diabetes tipo 2**  
(mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- Cantidad que se debe a los proveedores: \$5,400
- El plan paga \$5,010
- El paciente paga \$390

**Muestra de los costos por la atención:**

Recetas	\$2,900
Equipo y materiales médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otra atención preventiva	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

**El paciente paga:**

Deducibles	\$0
Copagos	\$330
Coseguro	\$60
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total</b>	<b>\$390</b>

Nota: Estos números se presentan asumiendo que el paciente está participando en nuestro programa de bienestar para la diabetes. Si tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, sus costos pueden ser mayores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar para la diabetes, llame al: **1-888-670-8135**.

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

### ¿Cuáles son algunas de las asunciones detrás de los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- El ejemplo de los costos de la atención está basado en promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., y no son específicos a una área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no fue una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para cualquier miembro cubierto bajo este plan.
- Los gastos de su propio bolsillo están basados solo en el tratamiento de la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido mayores.

### ¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo se pueden agregar los **deducibles**, **copagos**, y **coseguros**. Además le ayuda a ver qué gastos podrían quedar para que usted los pague debido a que el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

### ¿Predice el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

- ✗ **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que recibiría para esta condición podría ser distinta basándose en el consejo de su médico, su edad, cuán grave es su condición y muchos otros factores.

### ¿Predice el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son calculadoras de costos. No puede usar los ejemplos para calcular los costos para una condición real. Son solo para fines comparativos. Sus propios costos serán distintos dependiendo de la atención que usted reciba, los precios que sus

**proveedores** cobran, y el reembolso que su plan de salud permita.

### ¿Puedo usar ejemplos de cobertura para comparar planes?

- ✓ **Sí.** Cuando revise el Resumen de beneficios y cobertura para otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, revise la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto menor sea el número, mayor será la cobertura que da el plan.

### ¿Hay otros costos que debería considerar cuando compare planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que paga. Por lo general, cuanto menor sea la **prima**, más pagará en costos de su propio bolsillo, tales como **copagos**, **deducibles**, y **coseguro**. Además debe considerar contribuciones a cuentas como cuentas para ahorros en salud (HSA), acuerdos para gastos flexibles (FSA) o cuentas de reembolso por salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de su propio bolsillo.

**Preguntas:** Llame al 1-888-670-8135 o visítenos en <http://apehp.com/forms-documents/>.

Si no tiene claro cualquiera de los términos subrayados que aparecen en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://apehp.com/forms-documents/> o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.