

# 2023

## RESUMEN DE BENEFICIOS

### SCAN Venture (HMO) Condados de Los Angeles y Orange

Desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023

SCAN Venture (HMO) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura” llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que se incluye en este documento o en línea en [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).

Y0057\_SCAN\_20033\_2023\_M

08/22 23C-CASMB7000SP





# RESUMEN DE BENEFICIOS

DESDE EL 1 DE ENERO DE 2023  
HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023

PRIMA Y BENEFICIOS	SCAN VENTURE	LO QUE DEBE SABER
<b>Prima mensual del plan de salud</b>	Usted paga \$0 por mes.	Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Devolución de la prima de la Parte B</b>	Usted paga \$110 por mes.	
<b>Deducible</b>	Usted paga \$0.	Este plan no tiene un deducible.
<b>Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (esto no incluye medicamentos con receta)</b>	\$1,000 al año.	Monto máximo que usted pagará de copagos y coseguros por los <b>servicios médicos cubiertos por Medicare</b> para todo el año.
<b>Cobertura de servicio para pacientes internados</b>	Usted paga \$0.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización para pacientes internados. Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> .
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	Usted paga \$0.  Usted paga un copago de \$225 por consulta.	Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	Usted paga \$0.  Usted paga \$0.	Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para las consultas con un especialista.
<b>Atención preventiva</b>	Usted paga \$0.	Se cubrirán todos los servicios de prevención adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> .
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga un copago de \$90 por consulta.	No se aplicará el copago para la sala de emergencias si usted es inmediatamente hospitalizado.  Usted tiene cobertura para servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de urgencia</b>	Usted paga \$0.	Usted tiene cobertura para servicios de atención médica de urgencia en todo el mundo.

PRIMA Y BENEFICIOS	SCAN VENTURE	LO QUE DEBE SABER
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Radiología terapéutica</li> <li>• Radiología de diagnóstico (p. ej., imagen de resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT])</li> </ul>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 por consulta.</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$75 por consulta.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare</li> <li>• Examen de audición (de rutina) no cubierto por Medicare</li> <li>• Audífonos (de rutina) no cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses.</p> <p>Usted paga un copago de \$450 por audífono para un audífono TruHearing Advanced o un copago de \$750 por audífono para un audífono TruHearing Premium.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta 2 audífonos cada 12 meses.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los exámenes diagnósticos de audición y equilibrio cubiertos por Medicare.</p> <p>Debe acudir a un proveedor contratado por SCAN para hacerse un examen de audición de rutina y obtener audífonos.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen bucal (de rutina) no cubierto por Medicare</li> <li>• Limpieza dental (de rutina) no cubierta por Medicare</li> <li>• Radiografías dentales (de rutina) no cubiertas por Medicare</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$5 por consulta.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 2 series cada 12 meses.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	SCAN VENTURE	LO QUE DEBE SABER
<p><b>Servicios de la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar o tratar enfermedades del ojo</li> <li>Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</li> <li>Examen de la vista (de rutina) no cubierto por Medicare</li> <li>Límite de cobertura para servicios de atención de la vista (de rutina) no cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$250 para monturas, cristales y opciones para cristales o lentes de contacto cada 24 meses.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para el examen de la vista y los anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Los servicios de atención de la vista de rutina no requieren autorización previa.</p> <p>Debe consultar a un proveedor de servicios de atención de la vista contratado por SCAN para obtener servicios de atención de la vista de rutina.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta para pacientes internados</li> <li>Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios</li> <li>Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$125 por día por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 por los días 6 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para la hospitalización de salud mental para pacientes internados. Usted tiene cobertura por hasta 90 días por período de beneficios.*</p> <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada</b></p>	<p>Usted paga \$0 por los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por día por los días 21 a 100.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios en un centro de enfermería especializada. Usted tiene cobertura por hasta 100 días por período de beneficios.*</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$5 por consulta.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios.</p>
<p><b>Ambulancia</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$155 por viaje de ida o vuelta.</p>	

\*Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención en un SNF o servicio para pacientes internados durante 60 días consecutivos.

PRIMA Y BENEFICIOS	SCAN VENTURE	LO QUE DEBE SABER
<p><b>Transporte (de rutina no cubierto por Medicare)</b></p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 24 viajes de ida o vuelta por año.</p> <p>Se aplica un límite de 75 millas para cada viaje de ida o de vuelta.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de transporte de rutina.</p> <p>Debe usar un proveedor contratado por SCAN para recibir servicios de transporte de rutina.</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Usted paga el 20% del costo total por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los medicamentos seleccionados.</p>

## MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (PARTE D):

### SCAN VENTURE — Usted paga lo siguiente:

Nivel del medicamento	Minorista				Pedido por correo		
	Preferido		Estándar		Preferido	Estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 100 días	Suministro para 100 días	
<b>Deducible de la Parte D — Usted paga \$0</b>							
<b>Etapa de cobertura inicial</b>							
<b>Nivel 1</b> (genérico preferido)	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$7.	Usted paga \$14.	Usted paga \$0.	Usted paga \$14.	
<b>Nivel 2</b> (genérico)	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$15.	Usted paga \$30.	Usted paga \$0.	Usted paga \$30.	
<b>Nivel 3</b> (medicamento de marca preferido)	Insulinas seleccionadas	Usted paga \$25.	Usted paga \$55.	Usted paga \$35.	Usted paga \$85.	Usted paga \$55.	Usted paga \$85.
	Otros medicamentos	Usted paga \$30.	Usted paga \$70.	Usted paga \$47.	Usted paga \$121.	Usted paga \$70.	Usted paga \$121.
<b>Nivel 4</b> (medicamento no preferido)	Usted paga \$95.	Usted paga \$265.	Usted paga \$100.	Usted paga \$280.	Usted paga \$265.	Usted paga \$280.	
<b>Nivel 5</b> (medicamento de especialidad)	Usted paga el 33%.	No disponible	Usted paga el 33%.	No disponible	No disponible	No disponible	
<b>Etapa de interrupción en la cobertura</b>	<p>Comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcanza los \$4,660.</p> <p>Usted paga los mismos copagos que en la Etapa de cobertura inicial por los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 3 (solo insulinas seleccionadas). Por los medicamentos en los otros niveles, deberá pagar el 25% (más una parte de la tarifa de despacho) del precio negociado por los medicamentos de marca y el 25% del costo por los medicamentos genéricos.</p>						
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b>	<p>Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga el importe mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 5% del costo, o</li> <li>– \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se consideran genéricos) y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>						

Estos copagos para insulinas seleccionadas se aplican a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Las insulinas seleccionadas son todas las plumas y viales de insulina en el Nivel 3 que se cubren en nuestra Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, puede llamar a Servicios para Miembros.

**Información importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagará más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

**Información importante sobre lo que paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Algunas de las farmacias de la red tienen gastos compartidos preferidos. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos si usa estas farmacias. Sus gastos compartidos pueden variar dependiendo de la farmacia que elija (p. ej., minorista preferida, minorista estándar, pedido por correo preferido, pedido por correo estándar, cuidado a largo plazo (LTC), farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar, etc.), si recibe suministros para un mes o tres meses, si entra en otra fase del beneficio de la Parte D o si recibe "Ayuda adicional". Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que se proporciona en este documento o acceda a su Evidencia de cobertura en línea. Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, sus gastos compartidos para los suministros de 31 días son los mismos que en una farmacia minorista estándar para suministros de 30 días. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.



## BENEFICIOS ADICIONALES

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

BENEFICIOS	SCAN VENTURE	LO QUE DEBE SABER
<p><b>Servicios de acupuntura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de acupuntura cubierta por Medicare</li> <li>• Atención de acupuntura de rutina</li> </ul>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 consultas por año, combinadas con los servicios de atención quiropráctica de rutina.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b>.</p> <p>No necesita una recomendación para una consulta inicial de acupuntura de rutina. Cualquier consulta posterior requiere <b>autorización previa</b>.</p>
<p><b>Servicios de atención quiropráctica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> <li>• Atención quiropráctica de rutina</li> </ul>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 24 consultas por año, combinadas con los servicios de acupuntura.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b>.</p> <p>No necesita una recomendación para una consulta inicial de rutina con un quiropráctico. Cualquier consulta posterior requiere <b>autorización previa</b>.</p>
<p><b>Atención en el hogar (cubierta por Medicare)</b></p>	<p>Usted paga \$0.</p>	<p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p><b>Equipo y suministros médicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li>• Prótesis (p. ej., férulas, extremidades artificiales)</li> <li>• Por suministros para diabéticos</li> </ul>	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para el equipo médico duradero, las prótesis y determinados suministros para diabéticos cubiertos.</p> <p>SCAN cubre suministros para diabéticos como monitores de glucosa, tiras reactivas y solución de control de un fabricante seleccionado. Las lancetas también están cubiertas y son proporcionadas por todos los fabricantes.</p>

BENEFICIOS	SCAN VENTURE	LO QUE DEBE SABER
Servicios de telesalud	Usted paga \$0.	<p>Una consulta con un médico autorizado en la comodidad de su hogar. Este beneficio es para afecciones que no ponen en riesgo la vida, como tos, influenza, náuseas, dolor de garganta, fiebre y alergias, entre otras.</p> <p>Las consultas con los médicos pueden hacerse por teléfono o mediante funciones de video seguras desde su computadora o teléfono inteligente.</p>
Productos de venta libre (OTC)	Usted tiene cobertura por un máximo de \$65 por trimestre.	Tiene cobertura para hasta 2 envíos por trimestre y cualquier saldo restante se traslada al siguiente trimestre. El beneficio no se traslada al próximo año calendario.

**SCAN Venture** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

## ACERCA DE SCAN VENTURE

<b>¿Quién puede inscribirse?</b>	<b>Usted debe cumplir con los siguientes requisitos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare.</li><li>- Vivir en el área de servicio del plan (condados de Los Angeles y Orange, California).</li><li>- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos.</li></ul>
<b>Número de teléfono (miembros)</b> <b>Número de teléfono (no miembros)</b>	<b>1-800-559-3500</b> <b>1-877-870-4867</b> Si llama a este número, se comunicará directamente con un agente de seguros con licencia.
<b>TTY</b>	<b>711</b>
<b>Horarios de atención</b>	<b>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo:</b> De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. <b>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre:</b> De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.scanhealthplan.com">http://www.scanhealthplan.com</a>

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual **“Medicare & You”** (Medicare y usted) actual. Consulte en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-559-3500 (TTY: 711) para obtener más información.

Puede solicitar que se le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega de pedido por correo de la red. La farmacia Express Scripts<sup>SM</sup> es nuestra farmacia de pedido por correo preferida. Si bien puede surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de pedido por correo de nuestra red, pagará menos en una farmacia de pedido por correo preferida. Por lo general, debería recibir sus medicamentos con receta dentro de los 14 días a partir del momento en que la farmacia de pedido por correo Express Scripts reciba la solicitud. Si no recibe sus medicamentos con receta dentro de este plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan llamando al 1-800-559-3500, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). TTY: 711. Para las recetas de pedido por correo, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático comunicándose con la farmacia Express Scripts al 1-866-553-4125, las 24 horas, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede desinscribirse de los envíos automáticos en cualquier momento. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

# Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un representante de Servicio al Cliente al 1-877-870-4867 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

## Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios que recibe habitualmente de un médico. Para obtener una copia de la EOC, visite [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com) o llame al 1-877-870-4867.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que visita actualmente estén en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le proporciona sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.

## Comprenda las normas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).

SCAN Health Plan y SCAN Desert Health Plan cumplen con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan y SCAN Desert Health Plan ofrecen recursos y servicios gratuitos a personas que tienen dificultades para comunicarse, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). SCAN Health Plan y SCAN Desert Health Plan ofrecen servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN.

Si cree que SCAN Health Plan y SCAN Desert Health Plan no le han proporcionado estos servicios o lo han discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Member Services

Attention: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Health Plan, California 1-800-559-3500 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Nevada 1-855-827-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Texas 1-855-844-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Desert Health Plan, Arizona 1-855-650-7226 FAX: 1-568-989-0958

TTY: 711

O puede completar el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web:

<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en

<https://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

1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al servicio de TTY: 711.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

Puede encontrar los formularios de quejas en

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Traditional:** 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Chinese Simplified:** 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**Tagalog:** Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Armenian:** Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

**Persian:** توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسٹ با شماره (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

**Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、(CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

**Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਆਰੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Mon-Khmer, Cambodian:** យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

**Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pab lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pab ntawm (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Thai:** เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

**Lao:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.