

2023

RESUMEN DE BENEFICIOS

VillageHealth (HMO-POS SNP) Condado de Los Angeles

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

VillageHealth (HMO-POS SNP) es un plan HMO y es un plan de punto de servicio (POS) 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 indica en este documento o ingresando en www.villagehealthca.com.

Y0057_SCAN_20039_2023_M

08/22 23C-SMBVH2SP



RESUMEN DE BENEFICIOS

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

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Prima mensual del plan de salud	Usted paga \$31.20 por mes.	Usted paga \$31.20 por mes.	Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga un deducible de \$233 por año por los servicios dentro de la red en 2022. Este monto puede cambiar en 2023. Usted paga un deducible de \$505 por año por los medicamentos con receta de la Parte D para los Niveles 2 a 5.	Usted paga un deducible de \$233 por año por los servicios dentro de la red en 2022. Este monto puede cambiar en 2023. Usted paga un deducible de \$505 por año por los medicamentos con receta de la Parte D para los Niveles 2 a 5.	Este plan tiene copagos para algunos servicios médicos y hospitalarios y medicamentos con receta de la Parte D.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (esto no incluye medicamentos con receta)	\$8,300 al año	\$8,300 al año	Monto máximo que usted pagará de copagos y coseguros por los servicios médicos cubiertos por Medicare para todo el año.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Cobertura de servicio para pacientes internados	<p>En 2022, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,556 por período de beneficios. • \$0 por día, por los días 1 a 60. • Copago de \$389 por día, por los días 61 a 90. • Copago de \$778 por cada “día de reserva de por vida”, por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2023.</p>	<p>En 2022, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,556 por período de beneficios. • \$0 por día, por los días 1 a 60. • Copago de \$389 por día, por los días 61 a 90. • Copago de \$778 por cada “día de reserva de por vida”, por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2023.</p>	<p>Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes internados.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta 90 días por período de beneficios.* También tiene cobertura para un máximo de 60 días adicionales por los días 91 y en adelante de por vida.</p>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Centro quirúrgico ambulatorio • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p>	
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Especialistas 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas con un nefrólogo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por las consultas con todos los demás especialistas.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas con un nefrólogo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por las consultas con todos los demás especialistas.</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	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Atención preventiva	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Se cubrirán todos los servicios de prevención adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
Atención de emergencia	Usted paga el 20% del costo total para hasta \$90 por consulta.	Usted paga el 20% del costo total para hasta \$90 por consulta.	<p>No se aplicará el copago para la sala de emergencias si usted es inmediatamente hospitalizado.</p> <p>No tiene cobertura fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas según lo definido por Medicare.</p>
Servicios de urgencia	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	No tiene cobertura fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas según lo definido por Medicare.
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Radiografías para pacientes ambulatorios • Radiología terapéutica • Radiología de diagnóstico (p. ej., imagen de resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT]) 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p>	

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare. 	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p>	
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales cubiertos por Medicare Examen bucal (de rutina) no cubierto por Medicare Limpieza dental (de rutina) no cubierta por Medicare Radiografías dentales (de rutina) no cubiertas por Medicare 	<p>Usted paga el 20% del costo total 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 1 serie cada 6 meses.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total por consulta.</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Los servicios dentales de rutina no requieren autorización previa.</p> <p>Debe consultar a un dentista contratado por VillageHealth para obtener servicios dentales de rutina.</p>
<p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar o tratar enfermedades del ojo Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas Límite de cobertura para servicios de la vista (de rutina) no cubiertos por Medicare 	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$400 para opciones de monturas, cristales y lentes o lentes de contacto cada 12 meses.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Los servicios de la vista de rutina no requieren autorización previa.</p> <p>Debe consultar a un proveedor de servicios de la vista contratado por VillageHealth para obtener servicios de la vista de rutina.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta para pacientes internados <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra 	<p>En 2022, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,556 por período de beneficios. • \$0 por día, por los días 1 a 60. • Copago de \$389 por día, por los días 61 a 90. • Copago de \$778 por cada “día de reserva de por vida”, por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2023.</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>En 2022, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,556 por período de beneficios. • \$0 por día, por los días 1 a 60. • Copago de \$389 por día, por los días 61 a 90. • Copago de \$778 por cada “día de reserva de por vida”, por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2023.</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes internados.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta 90 días por período de beneficios.* También tiene cobertura para un máximo de 60 días adicionales por los días 91 y en adelante de por vida.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>En 2022, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por los días 1 a 20. • Copago de \$194.50 por día, por los días 21 a 100. <p>Estos montos pueden cambiar en 2023.</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Se aplican normas sobre autorización previa 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>

*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	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Fisioterapia	Usted paga el 20% del costo total.	Usted paga el 20% del costo total.	
Ambulancia	Usted paga el 20% del costo total.	Usted paga el 20% del costo total.	
Transporte (de rutina, no cubierto por Medicare)	<p>Usted paga \$0 por hasta 38 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>	Sin cobertura	<p>Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios de transporte de rutina.</p> <p>Debe usar un proveedor contratado por VillageHealth para recibir servicios de transporte de rutina.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en cualquier otro establecimiento.</p>	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en cualquier otro establecimiento.</p>	Se aplican normas sobre autorización previa para los medicamentos seleccionados.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (PARTE D):

Usted paga lo siguiente:

VILLAGEHEALTH

Nivel del medicamento	Minorista				Pedido por correo	
	Preferida		Estándar		Preferida	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

Deducible de la Parte D Usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5 hasta que haya pagado \$505.

Etapa de cobertura inicial

Nivel 1 (genérico preferido)	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$3.	Usted paga \$9.	Usted paga \$0.	Usted paga \$9.
Nivel 2 (genérico)	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.
Nivel 3 (medicamento de marca preferido)	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.
Nivel 5 (medicamento de especialidad)	Usted paga el 25%.	No disponible	Usted paga el 25%.	No disponible	No disponible	No disponible

Etapa de interrupción en la cobertura

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.

Usted paga el 25% del precio negociado (y una parte de la tarifa de despacho) por sus medicamentos de marca y el 25% del costo por sus medicamentos genéricos.

Etapa de cobertura catastrófica

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:

- 5% del costo
- \$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

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 dentro de la red.

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

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, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

BENEFICIOS ADICIONALES

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

BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Atención en el hogar (cubierta por Medicare)	Usted paga \$0.	Sin cobertura	Se aplican normas sobre autorización previa .
Equipo y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) Prótesis (p. ej., férulas, extremidades artificiales) Suministros para diabéticos 	<p>Usted paga \$0 por artículos que tienen un costo de compra de entre \$0 y \$99 en función del monto aprobado por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por los artículos con un costo de compra de \$100 o más.</p> <p>Usted paga \$0 por artículos que tienen un costo de compra de entre \$0 y \$99 en función del monto aprobado por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por los artículos con un costo de compra de \$100 o más.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga \$0 por artículos que tienen un costo de compra de entre \$0 y \$99 en función del monto aprobado por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por los artículos con un costo de compra de \$100 o más.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>Solo se requiere autorización previa para ciertos artículos, como sillas de ruedas eléctricas, colchones inflables, medidores constantes de glucosa, respiradores domésticos, elevadores Hoyer y estimuladores del crecimiento óseo, entre otros. Para obtener más información, pónganse en contacto con Servicios para Miembros.</p> <p>VillageHealth 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	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Productos de venta libre (OTC)	Usted tiene cobertura por un máximo de \$150 por trimestre.	Sin cobertura	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.
Beneficios de apoyo especial para personas con afecciones crónicas (SSBCI) <ul style="list-style-type: none"> Tarjeta para usar en el supermercado 	Cobertura de hasta \$50 por trimestre.	Sin cobertura	Se aplican normas sobre autorización previa. Para miembros que califican para diálisis peritoneal (DP) en el hogar, ya que estos son requisitos para la DP.

ACERCA DE VILLAGEHEALTH

<p>¿Quién puede inscribirse?</p>	<p>Usted debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener la Parte A y la Parte B de Medicare. - Vivir en el área de servicio del plan (condado de Los Angeles, California). - Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. - Haber sido diagnosticado con una enfermedad renal en fase terminal (ESRD) o ser un paciente postrasplante.
<p>Número de teléfono (miembros)</p> <p>Número de teléfono (no miembros)</p> <p>TTY</p>	<p>1-800-399-7226</p> <p>1-877-916-1234</p> <p>Si llama a este número, se comunicará directamente con un agente de seguros con licencia.</p> <p>711</p>
<p>Horarios de atención</p>	<p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.</p> <p>Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
<p>Sitio web</p>	<p>http://www.villagehealthca.com</p>

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. Para obtener más información, llame al 1-800-399-7226 (TTY: 711).

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 ScriptsSM 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 VillageHealth llamando al 1-800-399-7226, 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 en días festivos 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, los 7 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 1-877-916-1234 (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.villagehealthca.com o llame al 1-877-916-1234.
- 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).
- Nuestro plan le permite consultar con proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien nosotros pagaremos por los servicios brindados por un proveedor no contratado, el proveedor debe acceder a tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a atenderlo.

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.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a 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 panggamot. 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: Առողջության 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 کافیست 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 بخطتنا 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 ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ 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: យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព 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 peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb 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: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາກແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.