

2024

RESUMEN DE BENEFICIOS

VillageHealth (HMO-POS SNP) Condado de Los Angeles

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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_20564_2024_M

8/23 24C-SMBVH2SP



RESUMEN DE BENEFICIOS DEL 1 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Prima mensual del plan de salud	Paga \$24 al mes	Paga \$24 al mes	Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	<p>Paga un deducible de \$226 al año por los servicios dentro de la red en 2023. Este monto puede cambiar en 2024.</p> <p>Paga un deducible de \$545 al año por los medicamentos con receta de la Parte D de los Niveles 2 al 6.</p>	<p>Paga un deducible de \$226 al año por los servicios dentro de la red en 2023. Este monto puede cambiar en 2024.</p> <p>Paga un deducible de \$545 al año por los medicamentos con receta de la Parte D de los Niveles 2 al 6.</p>	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)	\$8,850 anualmente	\$8,850 anualmente	Monto máximo que pagará de copagos y coseguros por los servicios médicos cubiertos por Medicare para todo el año.
Cobertura de servicio para pacientes internados	<p>En 2023, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 por período de beneficios • \$0 del día 1 al 60 • Copago de \$400 por día del día 61 al 90 • Copago de \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” del día 1 al 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2024.</p>	<p>En 2023, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 por período de beneficios • \$0 del día 1 al 60 • Copago de \$400 por día del día 61 al 90 • Copago de \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” del día 1 al 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2024.</p>	<p>Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios 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>

*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	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Centro quirúrgico ambulatorio • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total	Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total	
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Especialistas 	Paga \$0 Paga \$0 por una consulta con un/a nefrólogo/a Paga el 20% del costo total por las consultas con todos los demás especialistas.	Paga el 20% del costo total Paga \$0 por una consulta con un/a nefrólogo/a Paga el 20% del costo total por las consultas con todos los demás especialistas.	
Atención preventiva	Paga \$0	Paga \$0	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
Atención de emergencia	Paga el 20% del costo total de hasta \$100 por consulta	Paga el 20% del costo total de hasta \$100 por consulta	No se aplicará el copago para la sala de emergencias si es inmediatamente hospitalizado. No tiene cobertura fuera de EE. UU., excepto en circunstancias limitadas según lo definido por Medicare.
Servicios de urgencia	Paga \$0	Paga \$0	No tiene cobertura fuera de EE. UU., excepto en circunstancias limitadas según lo definido por Medicare.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
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., imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT]) 	Paga \$0 Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total	Paga \$0 Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total Paga el 20% del costo total	
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare 	Paga el 20% del costo total por consulta	Paga el 20% del costo total por consulta	
Servicios dentales <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 	Paga el 20% del costo total por consulta Paga \$0 Paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses Paga \$0 por hasta 1 consulta cada 6 meses	Paga el 20% del costo total por consulta Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura	Los servicios dentales de rutina no requieren autorización previa. Debe consultar a un dentista contratado por VillageHealth para obtener servicios dentales de rutina.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Servicios de visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de visión cubierto por Medicare para diagnosticar o tratar enfermedades en los ojos Lentes cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas Examen de visión (de rutina) no cubierto por Medicare Límite de cobertura para servicios de visión (de rutina) no cubiertos por Medicare 	<p>Paga el 20% del costo total</p> <p>Paga el 20% del costo total</p> <p>Paga \$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$400 para opciones de cristales, lentes, monturas o lentes de contacto cada 12 meses</p>	<p>Paga el 20% del costo total</p> <p>Paga el 20% del costo total</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Los servicios de atención de visión de rutina no requieren autorización previa.</p> <p>Debe consultar a un/a proveedor/a de visión contratado/a por VillageHealth para obtener servicios de atención de visión de rutina.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulta para pacientes internados Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra 	<p>En 2023, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deducible de \$1,600 por período de beneficios \$0 del día 1 al 60 Copago de \$400 por día del día 61 al 90 Copago de \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” del día 1 al 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2024.</p>	<p>En 2023, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deducible de \$1,600 por período de beneficios \$0 del día 1 al 60 Copago de \$400 por día del día 61 al 90 Copago de \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” del día 1 al 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2024.</p>	<p>Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes internados.</p> <p>Tiene cobertura de hasta 90 días por período de beneficios.* También tiene cobertura de hasta 60 días adicionales del día 91 y en adelante de por vida.</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	
Centro de enfermería especializada	En 2023, los montos para cada período de beneficios* fueron los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 del día 1 al 20 • Copago de \$200 por día del día 21 al 100 Estos montos pueden cambiar en 2024.	Sin cobertura	Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios en un centro de enfermería especializada. Tiene cobertura de hasta 100 días por período de beneficios.* No se requiere hospitalización previa.
Fisioterapia	Paga el 20% del costo total	Paga el 20% del costo total	
Ambulancia	Paga el 20% del costo total	Paga el 20% del costo total	
Transporte (de rutina, no cubierto por Medicare)	Paga \$0 por hasta 38 viajes de ida o de vuelta al año Se aplica un límite de 75 millas para cada viaje de ida o de vuelta	Sin cobertura	Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios de transporte de rutina. Debe acudir a un/a proveedor/a contratado/a por VillageHealth para acceder a los servicios de transporte de rutina.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Paga \$0 por los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B que adquiera en una farmacia</p> <p>Paga entre \$0 y el 20% del monto aprobado por Medicare por los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno</p> <p>Paga \$0 por la insulina de la Parte B recibida en una farmacia y suministrada a través de un equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria</p> <p>No paga más de \$35 por el suministro de un mes de la insulina de la Parte B recibida en cualquier otro entorno y suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria</p>	<p>Paga \$0 por los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B que adquiera en una farmacia</p> <p>Paga entre \$0 y el 20% del monto aprobado por Medicare por los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno</p> <p>Paga \$0 por la insulina de la Parte B recibida en una farmacia y suministrada a través de un equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria</p> <p>No paga más de \$35 por el suministro de un mes de la insulina de la Parte B recibida en cualquier otro entorno y suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria</p>	<p>Se aplican normas sobre autorización previa para los medicamentos seleccionados.</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.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (PARTE D):

VILLAGEHEALTH — Paga lo siguiente:

Nivel del medicamento	Minorista				De pedido por correo	
	Preferida		Estándar		Preferida	Estándar
	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días

Deducible de la Parte D: Paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 6 hasta que haya pagado \$545.

Etapa de cobertura inicial

Nivel 1 (genérico preferido)		Paga \$0	Paga \$0	Paga \$3	Paga \$9	Paga \$0	Paga \$9
Nivel 2 (genérico)		Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%
Nivel 3 (de marca preferido)	Insulina	Paga \$35	Paga \$105	Paga \$35	Paga \$105	Paga \$105	Paga \$105
	Otros medicamentos	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%
Nivel 4 (no preferido)		Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%	Paga 25%
Nivel 5 (de especialidad)		Paga 25%	No disponible	Paga 25%	No disponible	No disponible	No disponible
Nivel 6 (de atención selecta)		Paga \$11	Paga \$33	Paga \$11	Paga \$33	Paga \$33	Paga \$33

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) alcance \$5,030.

Paga el 25% del precio negociado (y una parte de la tarifa de despacho) por los medicamentos de marca y el 25% del costo por los medicamentos genéricos. Los requisitos de coseguro para la Etapa de interrupción en la cobertura no se aplican para los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Etapa de cobertura catastrófica

Después de que los costos anuales a pagar de su bolsillo por los medicamentos alcancen \$8,000, paga \$0 por todos los medicamentos con receta cubiertos durante el resto del año.

Durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de interrupción en la cobertura, no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de gastos

compartidos en el que se encuentre, incluso si no ha pagado el deducible. Durante la Etapa de cobertura catastrófica, paga \$0 por todos los productos de insulina cubiertos.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje, están cubiertas por nuestro plan sin costo alguno para usted en todas las etapas de beneficio de la Parte D, incluso si no ha pagado el deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los gastos compartidos sobre vacunas específicas.

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.

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)	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, prótesis ortopédicas) • Suministros para personas con diabetes 	<p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$99 según el monto aprobado por Medicare. Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$100 o más.</p> <p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$99 según el monto aprobado por Medicare. Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$100 o más.</p> <p>Paga \$0</p>	<p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$99 según el monto aprobado por Medicare. Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$100 o más.</p> <p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$99 según el monto aprobado por Medicare. Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$100 o más.</p> <p>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, grúas ortopédicas y estimuladores del crecimiento óseo, entre otros. Para obtener más información, póngase 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>
Productos de venta libre (OTC)	Tiene cobertura de hasta \$200 por trimestre	Sin cobertura	Tiene cobertura para hasta un máximo de 2 envíos por trimestre. El beneficio <u>no</u> se acumula para el próximo trimestre ni el próximo año calendario.

ACERCA DE VILLAGEHEALTH

<p>¿Quién puede inscribirse?</p>	<p>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 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>Horario de atención</p>	<p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana</p> <p>Del 1 de abril al 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 Original Medicare, consulte el manual **Medicare y usted (Medicare & You)** 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. Express Scripts PharmacySM 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 el pedido. Si no recibe su(s) medicamento(s) con receta dentro de este plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de VillageHealth al 1-800-399-7226, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 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 Express Scripts Pharmacy al 1-866-553-4125, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede cancelar la inscripción 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/a 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 siete días de la semana, del 1 de octubre al 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/a médico/a. 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/a) para asegurarse que los/as médicos/as a los/as que acude actualmente estén en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba elegir un/a nuevo/a médico/a.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse 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 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de asegurarse que los/as médicos/as a los/as que acude actualmente 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/a proveedor/a no contratado/a, el/la proveedor/a debe acceder a brindarle tratamiento. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a atenderle.

SCAN Health Plan cumple 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 ofrece 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 ofrece 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 no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
PHONE: 1-800-559-3500
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

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (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 1-800-559-3500 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 Mandarin (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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 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 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیهست با شماره 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500. 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、1-800-559-3500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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-559-3500។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pib lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pib ntawm 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-559-3500. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-559-3500. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-559-3500. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pib lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pib ntawm 1-800-559-3500. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.