



## ¿PUEDE LEER ESTE BOLETÍN?

Si no puede, llámenos al  
**1-800-260-2055**. Le ayudaremos.

**CAN YOU READ THIS NEWSLETTER?**

If not, please call us at  
**1-800-260-2055**. We can help.

**BẠN ĐỌC ĐƯỢC THÔNG TIN NÀY KHÔNG?**

Nếu không, xin gọi số **1-800-260-2055**.

Chúng tôi sẽ giúp.

**您能否阅读这份简报?** 如果不能, 请致电 **1-800-260-2055** 联系我们。我们能为您提供帮助。

**NABABASA MO BA ANG NEWSLETTER NA**

**ITO?** Kung hindi, pakitawagan kami sa  
**1-800-260-2055**. Makakatulong kami.

## ¡Nos mudamos!



Santa Clara Family  
Health Plan™

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tiene novedades muy interesantes. ¡Tenemos un nuevo logotipo, nuevas oficinas y un nuevo diseño del boletín!

● **Este verano mudamos nuestras oficinas a:**

6201 San Ignacio Ave.  
San Jose, CA 95119

● **Cambiamos nuestro aspecto, pero no nuestra misión.** Continuaremos trabajando con los proveedores para brindarle un cuidado de la salud de gran calidad.

● **Esté atento a su nueva tarjeta de identificación de SCFHP por correo.**

Como plan de salud de su comunidad local, esperamos con gusto sus llamadas y visitas.

**¡GRACIAS POR SU  
PACIENCIA DURANTE  
LA MUDANZA!**

### Llámenos

#### Servicio al Cliente

De 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes  
(excepto los días feriados)

**1-800-260-2055**

#### TTY/TDD

**1-800-735-2929** o al 711

S

Standard  
U.S. Postage  
PAID  
Long Beach, CA  
Permit No. 2041

# ¿Se hizo un chequeo dental este año?

Todos deben visitar al dentista cada seis meses. Esto ayuda a prevenir las caries y otros problemas dentales.

Si es miembro de Medi-Cal, los beneficios dentales se ofrecen a través de Denti-Cal. Para buscar un proveedor, visite [www.denti-cal.ca.gov](http://www.denti-cal.ca.gov) o llame a Denti-Cal al **1-800-322-6384**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.



Si su hijo es miembro de Healthy Kids HMO, los beneficios dentales se ofrecen a través de Liberty Dental of California. Revise el Directorio de proveedores de cuidado dental de Liberty Dental

en nuestro sitio web: [www.scfhp.com/for-members/forms-and-documents](http://www.scfhp.com/for-members/forms-and-documents). O llame al Departamento de Servicio al Cliente de Liberty Dental al **1-888-902-0403**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.



## ¡Inscríbese en mySCFHP!

### NUEVO PORTAL PARA MIEMBROS

Ahora tiene acceso a la información de su plan de salud en línea. Inscríbese en [www.member.scfhp.com](http://www.member.scfhp.com) e inicie sesión para:

- ▶ Ver o solicitar una tarjeta de identificación
- ▶ Ver o cambiar su proveedor de atención primaria
- ▶ Buscar un proveedor de atención médica de la red
- ▶ Inscribirse para clases de educación de la salud

Los miembros de Medi-Cal también pueden solicitar transporte para citas médicas.

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de SCFHP para inscribirse. ¡Cree su cuenta hoy mismo!

## Vuelta a clases, vuelta al doctor

Ahora que regresa a clases, es hora de programar una visita de control con el médico de su hijo. Puede ser una visita de

niño sano. O bien, si su hijo hace algún deporte, puede ser un examen físico para la actividad deportiva que haga.

En ambos casos, es la única visita que muchos niños y adolescentes tienen con su médico cada año. Por eso es tan importante. El médico puede hacer un examen físico del niño y detectar cualquier problema de salud oculto.

Estas visitas también son una oportunidad para:

- ▶ Asegurarse de que las vacunas de su hijo estén al día. Las vacunas infantiles ayudan a proteger a su hijo de 14 enfermedades diferentes, algunas con riesgo para la vida. Y los niños las necesitan aunque pasen los años. Incluso los preadolescentes y adolescentes necesitan vacunas.
- ▶ Plantear cualquier duda que tenga sobre la salud y el

desarrollo de su hijo. ¿Cuál es un peso saludable para su hijo? ¿Cómo puede ayudar a su hijo para que coma mejor o ejercite más? ¿Cuál es la mejor forma de evitar que su hijo fume o ayudarlo a sobrellevar la presión de sus pares? Cualquier pregunta que tenga es importante. Y siempre que plantee sus dudas, el médico de su hijo lo orientará.



Fuentes: American Academy of Pediatrics; Centers for Disease Control and Prevention



## **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

La discriminación es contraria a la ley. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles. SCFHP no discrimina, no excluye a las personas, ni las trata de forma diferente debido a la raza, el color de la piel, el país de origen, la edad, una discapacidad o el sexo.

SCFHP proporciona lo siguiente:

- Ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor; por ejemplo:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
  
- Servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma primario no sea el inglés; por ejemplo:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con SCFHP de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes llamando al **1-800-260-2055**. O bien, si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **1-800-735-2929** o al **711**.

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si usted considera que Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna manera según la raza, el color de la piel, el país de origen, la edad, una discapacidad o el sexo, usted puede presentar una queja ante SCFHP. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con SCFHP de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes llamando al **1-800-260-2055**. O bien, si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **1-800-735-2929** o al **711**.
- Por escrito: Llene un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:

**Attn: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119**

- En persona: Visite el consultorio de su médico o SCFHP e indique que desea presentar una queja.
  - De forma electrónica: Visite el sitio web de SCFHP en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).
- 

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de EE. UU. por teléfono, por escrito o de forma electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades del habla o auditivas, llame al TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de quejas o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Los formularios de quejas están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- De forma electrónica: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## Language Assistance Services

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-260-2055. (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 o 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 hoặc 711).

**Tagalog – Filipino (Tagalog):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 o 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 또는 711)번으로 전화해 주십시오.

**中文 (Chinese):** 注意：如果您说中文，将为您提供免费的语言服务。请致电 1-800-260-2055。(TTY：1-800-735-2929 或 711)。

**Հայերեն (Armenian):** Ուշադրութեամբ խոսելու էք իսկուհի էք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-800-260-2055 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2929 կամ 711)։

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-260-2055 (телетайп: 1-800-735-2929 или 711).

**فارسی (Persian, Farsi):**

**توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، کمک در زمینه زبان به صورت رایگان در اختیارتان قرار خواهد گرفت. با 1-800-260-2055 (TTY 1-800-735-2929 یا 711) تماس بگیرید.

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 または 711)まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmoob (Hmong):** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 los sis 711).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 ਜ 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-260-2055 (رقم الهاتف النصي: 1-800-735-2929 أو 711).

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 या 711) पर कॉल करें।

**ภาษาไทย (Thai):** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 หรือ 711).

**ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian):** ប្រមូលកិច្ចការដាក់: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះលោកអ្នកអាចស្វែងរកសេវាជំនួយផ្នែកភាសា បានដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-260-2055។ (TTY: 1-800-735-2929 ឬ 711)។

**ພາສາລາວ (Lao):** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-260-2055. (TTY: 1-800-735-2929 ຫຼື 711).



## Miembros de Medi-Cal: ¿Necesita que lo lleven? ¡Podemos ayudarle!

Si necesita que lo lleven a su cita médica, comuníquese con anticipación con el Servicio al Cliente para programar el transporte. Haga su pedido:

- ▶ Tres días antes de su cita para transporte no médico
- ▶ Cinco días antes de su cita para transporte médico que no sea de emergencia

Para pedir un traslado, inicie sesión en mySCFHP en [www.member.scfhp.com](http://www.member.scfhp.com) o llame al Servicio al Cliente al **1-800-260-2055**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-735-2929** o **711**.



**ASEGÚRESE DE MANTENER** actualizada su información de contacto. El condado necesita poder contactarlo cuando sea el momento de renovar. Comuníquese con la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara al **1-408-758-3600** o visite [www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org).

# Conserve su cobertura

## Cómo renovar su cobertura de Medi-Cal

Para conservar sus beneficios de atención médica de Medi-Cal, debe renovar su cobertura cada año.

Primero, la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara revisa su elegibilidad para Medi-Cal con información sobre usted que ya tienen. Si el condado puede verificar toda su información, se renueva su cobertura. El condado le envía un aviso donde le informa esto. No tiene que hacer nada más.

Si el condado no puede verificar su información, le enviará un paquete de redeterminación para obtener más información. Usted puede brindar la información solicitada al condado de las siguientes formas:

- Por teléfono al **1-408-758-3600**
- Por fax al **1-408-295-9248**
- Por correo a:

**Santa Clara County Social Services Agency**  
P.O. Box 11018  
San Jose, CA 95103-1018

- En persona en una oficina de la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara:

### **Centro de asistencia para solicitudes**

1867 Senter Road  
San Jose, CA 95112

### **Oficina del condado–Norte**

1330 W. Middlefield Road  
Mountain View, CA 94043

### **Oficina del condado–Sur**

379 Tomkins Court  
Gilroy, CA 95020

- Visite [www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org)

El condado revisará la información y le enviará una carta para decirle si aún es elegible para Medi-Cal o si se necesita más información.

Si no proporciona la información a tiempo, perderá su cobertura de Medi-Cal. Le enviarán un aviso y tendrá hasta 90 días para proporcionar la información que falta para recuperar la cobertura de Medi-Cal.

Si hay un cambio durante el año en sus ingresos, la cantidad de miembros de su familia o su dirección, debe informarlo a la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara en un plazo de 10 días. Se revisará el cambio y se le informará si aún es elegible para Medi-Cal.

# Acceso oportuno al cuidado de la salud



Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tiene el compromiso de brindar acceso oportuno a la atención para todos los miembros. Consulte el cuadro para obtener información sobre el tiempo máximo que tendrá que esperar para una cita.

También tiene derecho a recibir servicios de intérpretes en forma oportuna para las citas programadas.

TIPO DE CITA	DEBE CONSEGUIR UNA CITA EN MENOS DE
Citas de atención urgente <b>que no</b> requieren aprobación por anticipado (autorización previa)	48 horas
Citas de atención urgente <b>que sí</b> requieren aprobación por anticipado (autorización previa)	96 horas
Citas de cuidado primario que no son urgentes	10 días hábiles
Citas no urgentes con especialistas	15 días hábiles
Citas no urgentes con proveedores de salud mental (no médico)	10 días hábiles
Cita no urgente para servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otra condición médica	15 días hábiles
Citas para atención de la visión	15 días hábiles
Tiempos de espera telefónica durante el horario de atención normal	10 minutos
Triaje —servicios las 24 horas, todos los días	Servicios las 24 horas, todos los días —no más de 30 minutos

## MIEMBROS DE HEALTHY KIDS HMO

Además de los tiempos de espera que se muestran en el cuadro, puede prever una cita de cuidado dental en un plazo de:

- ▶ 72 horas para citas urgentes
- ▶ 36 días hábiles para citas no urgentes
- ▶ 40 días hábiles para citas de cuidado preventivo

**SI NO OBTIENE** una respuesta dentro de los plazos esperados, llame al Servicio al Cliente de SCFHP.

También puede llamar al Departamento de Servicios de Atención Médica de California al **1-888-466-2219** o visitar su sitio web en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).



## ¿Tiene Medi-Cal y Medicare?

Cal MediConnect combina estos beneficios en un plan con una sola tarjeta de identificación de miembro y un solo número de teléfono para llamar para recibir ayuda. Llame al **1-888-202-3353** para obtener más información e inscribirse en Cal MediConnect.



Una tarjeta de identificación  
Un número de teléfono  
Un plan de salud  
**Cal MediConnect**

**SALUD PARA TRIUNFAR**  
Medi-Cal/Healthy Kids HMO

VERANO 2018

SALUD PARA TRIUNFAR se publica como un servicio comunitario para los amigos y clientes de Santa Clara Family Health Plan.

La información de SALUD PARA TRIUNFAR proviene de una gran variedad de expertos médicos. Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre el contenido específico que pueda afectar su salud, comuníquese con su proveedor de atención médica.

Se pueden utilizar modelos en fotos e ilustraciones.

**SANTA CLARA FAMILY HEALTH PLAN**

P.O. Box 18880  
San Jose, CA 95158  
**1-800-260-2055 • www.scfhp.com**  
TTY/TDD **1-800-735-2929** o al 711

2018 © Coffey Communications, Inc. Todos los derechos reservados.