



Medi-Cal

Guía para miembros nuevos



Índice

04 Primeros pasos como miembro

06 Dónde y cómo recibir atención

10 Beneficios y servicios

12 Cosas que debe saber

- ¿Debo pagar Medi-Cal de SCFHP?
- ¿Presta SCFHP servicios de interpretación?
- ¿Cómo programo el transporte?
- ¿Cómo elijo a alguien para que me represente?
- ¿Cómo puedo informar de problemas y solucionarlos?
- ¿En qué puede ayudarme el Servicio al Cliente?
- ¿Cómo puedo participar como miembro?
- ¿Cómo puedo mantener mi elegibilidad y actualizar mi información de contacto?

15 Números de teléfono importantes

17 Palabras que debe saber

18 Notas



¡Gracias por unirse a Santa Clara Family Health Plan!

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) es un plan de salud para personas que tienen Medi-Cal. SCFHP trabaja con sus proveedores para ayudarlo a obtener el cuidado de la salud que necesite.

Esta Guía para miembros nuevos da información general de su cobertura de Medi-Cal mediante SCFHP. Lo ayudará a entender sus **beneficios** y servicios, con quién debe comunicarse si necesita ayuda y qué recursos hay.

*Las palabras en *cursiva* se definen en la sección “Palabras que debe saber”.



Primeros pasos como miembro



Cómo usar su tarjeta de identificación de SCFHP

Como miembro de SCFHP, usted recibirá una tarjeta de identificación. Debe mostrar su tarjeta de identificación de SCFHP y su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando reciba servicios de cuidado de la salud o recetas. Debe tener siempre todas sus tarjetas del seguro. Sus tarjetas de identificación tienen información importante para sus proveedores de cuidado de la salud.

Su tarjeta de identificación también tiene información útil para usted, incluyendo:

- Su número de identificación de miembro, nombre, fecha de nacimiento e idioma preferido.
- El nombre de su médico o de la clínica, el número de teléfono o el nombre de la red.
- La línea de consejería de enfermeras que atiende las 24 horas.
- Número de teléfono de Medi-Cal Rx.
- El número de teléfono de Servicio al Cliente de SCFHP.

Asegúrese de que la información que figura en su tarjeta de identificación sea correcta. Si no lo es, llame a Servicio al Cliente de SCFHP. Si no recibe su tarjeta de identificación o si la pierde, puede pedir una nueva en el portal para miembros mySCFHP o llamando a **Servicio al Cliente**. Puede pedir una tarjeta BIC nueva mediante **la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara llamando al 1-408-758-3800 (TTY 1-408-758-3822)**.



Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

Su médico personal, también llamado proveedor de atención primaria o PCP, es muy importante. Su PCP lo ayudará a recibir toda la atención médica que necesite. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días después de que se inscriba en SCFHP. Si no elige un PCP, SCFHP elegirá uno por usted.

En nuestro sitio web, hay dos maneras de encontrar un PCP que acepte pacientes nuevos:

- Herramienta "Find a Doctor" (Buscar un médico).
- Directorio de proveedores

Para hacer su selección:

- Inicie sesión en el portal para miembros mySCFHP.
- Llame a Servicio al Cliente.

Para preguntas o para obtener más información sobre la selección de un PCP, consulte el capítulo 3, "Proveedor de atención primaria (PCP)", del Manual del miembro o llame a **Servicio al Cliente**.



Hágase un examen de salud

Cuando haya elegido a su PCP, programe una evaluación de salud inicial (IHA) de inmediato. Esta es una excelente manera de conocer a su PCP, y de que este sepa sobre usted y su historia médica. Cubrimos todos los exámenes de salud.



Complete los formularios en su kit de miembro nuevo

Formulario de información médica (HIF)

El Formulario de información médica (HIF) es un formulario que completan los miembros nuevos del plan de salud de Medi-Cal. SCFHP usará este formulario para asegurarse de que reciba la atención necesaria.

Evaluación de riesgos de salud (HRA)

Si los miembros son personas de la tercera edad o con discapacidad, la evaluación de riesgos de salud (HRA) hará preguntas sobre la salud y el bienestar en general. La HRA sentará las bases para su plan de atención individualizado, que puede compartir con su cuidador y sus proveedores.

Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar estos formularios, llame a **Servicio al Cliente**.



Inscríbase en el portal para miembros mySCFHP

Visite www.member.scfhp.com para registrarse en el portal para miembros. Para inscribirse necesitará información de su tarjeta de identificación de miembro de SCFHP. **Usted podrá:**

- Ver resúmenes y **beneficios** de su plan de salud.
- Solicitar una tarjeta de identificación nueva.
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal.
- Ver o cambiar su proveedor de atención primaria.
- Buscar un proveedor de cuidados de la salud de la red.
- Solicitar transporte a las citas médicas.
- Inscribirse en clases de educación para la salud.



Revise su material de miembro

Para obtener más información sobre su cobertura mediante SCFHP, **consulte el siguiente material para miembros:**

- Manual del miembro
- Directorio de proveedores
- Formulario

Este material está en línea en www.scfhp.com/healthcare-plans/medi-cal/forms-documents/. También puede pedirlo llamando a **Servicio al Cliente**.

Si desea obtener una lista de sus medicamentos cubiertos, puede descargar la Lista de medicamentos por contrato de Medi-Cal Rx en www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/cdl.

Dónde y cómo recibir atención

¿Qué es una red de proveedores?

Una red de proveedores es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan juntos y con SCFHP para coordinar su atención. Usted consultará a proveedores de su red de SCFHP para sus necesidades de cuidado de la salud. Cada PCP trabaja con determinados especialistas y hospitales. Cuando elige a un PCP, también elige a los especialistas y los hospitales con quienes trabaja el médico. **A esto lo denominamos “red”.** Encontrará la red de cada médico en el Directorio de proveedores de SCFHP debajo de su nombre, en la lista completa por ciudad.

SCFHP tiene las siguientes redes:

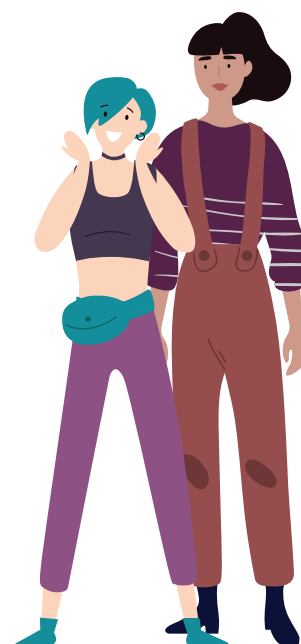
- SCFHP Direct
- Kaiser Permanente
- Palo Alto Medical Foundation.
- Physicians Medical Group of San Jose
- Premier Care of Northern California
- VHP Network y sus clínicas afiliadas y de la comunidad

Los proveedores en Kaiser y Palo Alto Medical Foundation (PAMF) no están aceptando pacientes nuevos de SCFHP. Para obtener más información sobre cómo elegir a Kaiser o PAMF como su PCP, consulte el capítulo 3, “Cómo elegir a un proveedor de atención primaria”, en su Manual del miembro.

Si no está seguro de qué atención necesita o si tiene preguntas sobre su atención, puede llamar a su PCP o a la Línea de consejería de enfermeras.

¿Cómo puedo ver qué proveedores están en la red de SCFHP?

- Use la herramienta **“Find a Doctor” (Buscar un médico) de SCFHP en www.scfhp.com/for-members/find-a-doctor**. Puede encontrar proveedores de la red por lugar, tipo de proveedor, género, idioma y más. Las listas también incluyen la información de contacto del proveedor, sus especialidades y si el proveedor está recibiendo pacientes nuevos.
- Use el Directorio de proveedores disponible en www.scfhp.com.



¿Dónde debo acudir para recibir atención?

Tipo de atención	A quién llamar o consultar	Servicios que puede recibir
Atención de rutina	Proveedor de atención primaria (PCP)	Servicios médicamente necesarios y cuidados preventivos: • Revisiones habituales • Vacunas • Tratamiento • Recetas • Orientación médica • Remisiones a especialistas, si es necesario • Radiografías, mamografías o análisis, si es necesario
Cuidado de urgencia	PCP: llame a su PCP o a la Línea de consejería de enfermeras antes de visitar un centro de cuidado de urgencia.	Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o estado médico repentino que no es una emergencia, pero requiere de cuidado inmediato. Usted no necesita una autorización previa para recibir este tipo de cuidado. Los ejemplos incluyen: • Resfríos • Dolor de garganta • Fiebre • Dolor de oídos • Esguince • Servicios de maternidad
Cuidado de emergencia	Si necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana.	El cuidado de emergencia está destinado a los estados médicos potencialmente mortales. Se trata de estados médicos o de salud mental con síntomas tan graves que, si no recibiera atención inmediata, podrían poner su salud o la del feto en peligro grave, causar el deterioro de una función corporal o hacer que una parte del cuerpo u órgano no funcione adecuadamente. Usted no necesita una autorización previa para recibir este tipo de cuidado. Los ejemplos incluyen: • Trabajo de parto activo • Fractura de hueso • Dolor intenso • Dolor de oídos • Esguince • Servicios de maternidad • Dolor en el pecho • Estados médicos psiquiátricos de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas No vaya a la ER para obtener cuidado de rutina.

SCFHP está aquí para garantizar que reciba atención a tiempo. Para obtener más información sobre cuándo puede esperar una cita, lea la sección “Acceso oportuno a la atención” del Manual del miembro. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a **Servicio al Cliente al 1-800-260-2055 (TTY: 711)**.

¿Qué es la Línea de consejería de enfermeras?

La Línea de consejería de enfermeras de SCFHP es una línea telefónica a la que puede llamar 24/7, sin costo, para hablar con un profesional del cuidado de la salud con licencia sobre orientación médica o de salud conductual.

Un profesional del cuidado de la salud lo puede ayudar con:

- ✓ Instrucciones de cuidado personal en casa.
- ✓ Qué hacer si necesita atención y el consultorio del proveedor de cuidado de la salud está cerrado.
- ✓ Asesoramiento para determinar si requiere atención médica.
- ✓ Cómo y dónde obtener atención.
- ✓ Comunicarse con un médico de telesalud. Después de que un enfermero le haga el triaje, un médico puede evaluar sus síntomas y recomendar un tratamiento, todo desde casa.

Si tiene alguna pregunta sobre salud, llame a la **Línea de consejería de enfermeras:**
1-877-509-0294.



¿Quiénes están en mi red de SCFHP?

Su red de atención son su PCP y los especialistas y hospitales con los que trabaja para darle atención.



Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es su primer punto de contacto para sus necesidades de rutina, cuidado de urgencia y que no son de emergencia.



Farmacia

Cuando necesite medicamentos, su PCP se los recetará. Su médico puede enviar su receta a la farmacia de Medi-Cal Rx de su elección.

Hospitales

Cuando elige a un PCP, también elige los hospitales donde puede recibir atención. En una emergencia, puede ir a cualquier hospital y sala de emergencias.



Consejería de enfermeras 24/7:

Si su PCP no está disponible y quiere recibir atención para problemas médicos simples, o si no está seguro de qué atención necesita, llame al **1-877-509-0294**.

Especialistas

Su PCP lo remitirá a un especialista con el que trabaja si necesita tratamiento para un problema específico o una segunda opinión.



Necesitará remisiones de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Para algunos tipos de atención o servicios, su PCP o especialista deberá pedir permiso antes de que usted reciba la atención. Esto se llama **aprobación previa** o **autorización previa**.



Beneficios y servicios



Beneficios

Los servicios cubiertos no le costarán nada siempre que sean médicamente necesarios y los preste un proveedor dentro de la red.

- Cuidado para los trastornos de salud conductual
- Consultas médicas
- Servicios de emergencia
- Servicios de educación para la salud diseñados para ayudar a los miembros a adquirir hábitos más saludables e incluye programas como:
 - Programa para la prevención de la diabetes
 - Manejo personal de una enfermedad crónica
 - Asesoramiento y apoyo
 - Educación prenatal

Para obtener más información, visite www.scfhp.com/for-members/health-education

- Estancia en el hospital
- Servicios de análisis y radiografías
- Servicios y apoyo a largo plazo
- Recetas
- Cuidados preventivos
- Transporte: viajes de ida y vuelta ilimitados sin costo para los **beneficios** cubiertos de Medi-Cal
- Servicios de la vista

Consulte el **Manual del miembro** para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y qué incluyen estos servicios.



¿Cómo utilizo los beneficios dentales, de la vista y de recetas?



Servicios de la vista

Busque un proveedor en www.vsp.com o llame a **Servicio al Cliente de VSP al 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).**



Recetas

Los beneficios de medicamentos recetados se brindan directamente a través de Medi-Cal Rx. Su médico puede enviar su receta a la farmacia de Medi-Cal Rx de su elección. Encuentre una farmacia de Medi-Cal Rx en www.medi-calrx.dhcs.ca.gov.



Dental

Busque un proveedor en www.smilecalifornia.org/ o llame a **la línea de Servicio al Cliente del programa dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384.**

Para buscar proveedores de cuidado de la vista o farmacias, use la herramienta **“Find a Doctor”** (Buscar un médico) de SCFHP o el **Directorio de proveedores.**



Cosas que debe saber

¿Debo pagar Medi-Cal de SCFHP?

Para la mayoría de los miembros de SCFHP, no hay **primas**, **copagos** ni gastos de bolsillo. Puede que los miembros elegibles para Medi-Cal mediante el Programa de Seguro de Salud para Niños del Condado (CCHIP) y los miembros elegibles mediante el Programa de Medi-Cal para Familias tengan que pagar una **prima** mensual y **copagos**.

¿Presta SCFHP servicios de interpretación?

Sí, SCFHP presta servicios de interpretación gratis para personas que no hablan inglés o que necesitan un intérprete de lenguaje de señas americano. Llame a **Servicio al Cliente** para programar servicios de interpretación. Se puede pedir un intérprete por teléfono en cualquier momento y no necesita avisar con anticipación. Un intérprete en persona para la cita con el médico necesita un aviso con 72 horas de anticipación.

¿Cómo programo el transporte?

SCFHP da transporte gratis a citas y servicios médicos. Programe el transporte mediante el portal para miembros mySCFHP en www.member.scfhp.com o llamando a **Servicio al Cliente**.

El transporte se debe programar antes de la fecha de la cita:

- El transporte no médico (NMT) requiere un aviso de 3 días hábiles.
- El transporte médico en casos que no sean de emergencia (NEMT) requiere un aviso de 5 días hábiles.

Consulte las secciones “Transporte médico en casos que no sean de emergencia” y “Transporte no médico” en el capítulo 4 de su Manual del miembro para obtener más información.

¿Cómo elijo a alguien para que me represente?

Si quiere elegir a un amigo, familiar u otra persona para que sea su representante para comunicarse con SCFHP, deberá completar un formulario de representante autorizado (ARF). Puede encontrar el formulario en www.scfhp.com o llamando a **Servicio al Cliente**.

¿Cómo puedo participar como miembro?

SCFHP tiene un grupo llamado **Comité de Asesoramiento al Consumidor (CAC)**. Este grupo está formado por representantes que incluyen, entre otros:

- Miembros de SCFHP
- Padres o tutores de miembros de SCFHP
- Defensores y proveedores que trabajan para organizaciones de la comunidad que ayudan a miembros de SCFHP
- Profesionales del cuidado de la salud que atienden a miembros de SCFHP

El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de SCFHP, las cosas que funcionan bien y cómo SCFHP puede mejorar.

El CAC funciona como una fuente de información y orientación para SCFHP. Si quiere ser parte de este grupo, llame a **Servicio al Cliente**.



¿Cómo puedo mantener mi elegibilidad y actualizar mi información de contacto?

Para seguir con su cobertura de cuidado de la salud como miembro de SCFHP, debe mantener activos sus beneficios de Medi-Cal. Todas las personas deben renovar sus beneficios cada año. La Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara puede completar algunas renovaciones automáticamente o enviarle un formulario de renovación de Medi-Cal. Asegúrese de completar todos los formularios que reciba de la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara. Si cambia su información de contacto, como su dirección o número de teléfono, avise a Servicio al Cliente de SCFHP. También deberá avisar a la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara y a la Administración del Seguro Social. **Para obtener información de contacto, consulte la página 15.**

¿Cómo puedo informar de problemas y solucionarlos?

Queremos ser el mejor plan de salud posible. Si tiene preguntas o necesita ayuda, estamos aquí para usted. Comuníquese con nosotros llamando a **Servicio al Cliente**, enviando un correo electrónico o visitando **www.scfhp.com/for-members/grievance-and-appeal-process/**.

¿En qué puede ayudarme el Servicio al Cliente?



Servicio al Cliente de SCFHP está aquí para ayudarlo

- ✓ Responderemos preguntas sobre su plan de salud y los servicios cubiertos.
- ✓ Lo ayudaremos a elegir o cambiar un proveedor de atención primaria (PCP).
- ✓ Le diremos dónde puede recibir la atención que necesita.
- ✓ Prestaremos servicios de intérpretes si no habla inglés.
- ✓ Le daremos información en otros idiomas y formatos.
- ✓ Programaremos el transporte a las citas médicas.
- ✓ Lo ayudaremos si recibe una factura.
- ✓ Recibiremos sus quejas.



Ayuda por teléfono

Teléfono: 1-800-260-2055

TTY: 711

Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.



Ayuda en persona

Oficina central de SCFHP

6201 San Ignacio Ave, San Jose, CA 95119

Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

SCFHP Blanca Alvarado Community Resource Center

408 North Capitol Ave, San Jose, CA 95127

Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.



Números de teléfono importantes:

Nombre de la agencia	Número de teléfono	Horario de atención
Servicio al Cliente de SCFHP www.scfhp.com	1-800-260-2055 (TTY: 711)	8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes
Línea de consejería de enfermeras de SCFHP	1-877-509-0294 (TTY: 711)	Las 24 horas del día los 7 días de la semana
Administración de casos de SCFHP	1-877-590-8999 (TTY: 711)	8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes
Proveedor de servicios de la vista (VSP) www.vsp.com	1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)	5 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, y de 7 a.m. a 8 p.m. los sábados y domingos
Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara www.MyBenefitsCalWIN.org	1-877-96-BENEFITS (1-877-962-3633) o 1-408-758-3800 (TTY: 1-408-758-3822)	8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes
Administración del Seguro Social www.ssa.gov	1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)	8 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes
Servicios de salud mental del condado www.sccgov.org/sites/bhd	1-800-704-0900	Las 24 horas del día los 7 días de la semana
Servicios dentales de Medi-Cal www.smilecalifornia.org	1-800-322-6384	8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes

Mi información médica

Red:

PCP:

Farmacia:

Especialista

Nombre:

Tipo:

Nombre:

Tipo:

Nombre:

Tipo:

Nombre:

Tipo:

Nombre:

Tipo:

Medicamentos:

Cualquier otra persona que me ayude con mi atención:

Palabras que debe conocer

Apelación: Solicitud de un miembro para que SCFHP revise y cambie una decisión tomada sobre la cobertura de un servicio solicitado.

Beneficios: Servicios para el cuidado de la salud y medicamentos cubiertos por SCFHP y Medi-Cal.

Copago: Pago que usted debe hacer, en general, cuando recibe un servicio, además del pago de la aseguradora.

Queja: Expresión de disconformidad verbal o escrita de un miembro acerca de SCFHP, un proveedor o la calidad del cuidado o de los servicios prestados. Un reclamo es lo mismo que una *queja*.

Red: Grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores que tienen contrato con SCFHP para dar atención.

Aprobación previa (o autorización previa): Puede que su PCP necesite obtener la aprobación de SCFHP o de su red antes de que usted reciba determinados servicios. SCFHP o su red solo aprobarán los servicios que usted necesite. Ni SCFHP ni su red aprobarán los servicios de proveedores no participantes si SCFHP o su red consideran que puede recibir servicios similares o más adecuados mediante proveedores de SCFHP. Una **remisión** no es una aprobación. Debe obtener la aprobación de SCFHP o de su red.

Prima: Cantidad pagada para tener la cobertura; costo de la cobertura.

Remisión: Cuando su PCP indica que usted puede recibir atención de otro proveedor. Algunos cuidados y servicios cubiertos requieren una **remisión** y una **aprobación previa**.



Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple las leyes federales de derechos civiles. SCFHP no discrimina, no excluye ni trata a las personas ilegalmente de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

SCFHP da:

- Apoyo y servicios gratis a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con SCFHP de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., llamando al **1-800-260-2055**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **711**. Si lo pide, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158
1-800-260-2055 (TTY: 711)

Cómo presentar una queja

Si cree que el Plan de Cal MediConnect de SCFHP no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra manera por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el SCFHP. Puede hacerlo por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

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

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

- **En persona:** Vaya al consultorio de su médico o a SCFHP y diga que quiere presentar una queja.
- **De forma electrónica:** Visite el sitio web de SCFHP en **www.scfhp.com**.

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al **916-440-7370**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**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**

Los formularios de quejas están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

De forma electrónica: Envíe un correo electrónico CivilRights@dhcs.ca.gov.

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Ee. Uu

Si cree que lo han discriminado por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, 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. por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja 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 queja están 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 Tagline – ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-260-2055 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-260-2055 (TTY: 711). These services are free of charge.

Mensaje en español (Spanish) – ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-260-2055 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-260-2055 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) – CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-260-2055 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-260-2055 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

简体中文标语 (Chinese) – 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-260-2055 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电1-800-260-2055 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

Tagalog Tagline (Tagalog) – ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-260-2055 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-260-2055 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-260-2055 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-260-2055 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) – ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-260-2055 (TTY: 711) : Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կյութեր: Չանգահարեք 1-800-260-2055 (TTY: 711) : Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទខ្មែរ (Cambodian) – ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-260-2055 (TTY: 711)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រម ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-260-2055 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

فارسی زبان به مطلب (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-260-2055 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-260-2055 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi) – ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-260-2055 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-260-2055 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong) – CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-260-2055 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-260-2055 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) – 注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-260-2055 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-260-2055 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) – 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-260-2055 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-260-2055 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໂລພາສາລາວ (Laotian) – ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາປີ 1-800-260-2055 (TTY: 711) . ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາປີ 1-800-260-2055 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien) – LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-260-2055 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-260-2055 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) – ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-2602055 (TTY: 711). ਆਪਣੇ ਲੇਖਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-260-2055 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) – ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-260-2055 (линия ТTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-260-2055 (линия ТTY:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) – โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-260-2055 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-260-2055 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) – УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-260-2055 (TTY: 711) . Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-260-2055 (TTY: 711) . Ці послуги безкоштовні.



www.scfhp.com



facebook.com/scfhp



**Santa Clara Family
Health Plan™**

50492S

Copyright © 2022 Santa Clara Family Health Plan

