

## **Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan Medi-Cal de Santa Clara Family Health Plan (SCFHP)**

Como miembro de SCFHP, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Los derechos se refieren a lo que usted espera recibir, incluyendo el tratamiento y la información que necesite. Las responsabilidades se refieren a lo que nosotros esperamos que usted haga como miembro de SCFHP. Las dos listas siguientes explican estos derechos y responsabilidades.

### **Derechos de los miembros**

Los miembros de SCFHP tienen los siguientes derechos:

- Recibir atención médica necesaria y adecuada, incluyendo servicios de salud preventivos y educación para la salud.
- Que lo traten con dignidad y respeto, dándole la debida consideración a su derecho a la privacidad y a la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre el plan y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos, los proveedores de asistencia médica, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Recibir información del miembro por escrito completamente traducida a su idioma incluyendo todos los avisos de quejas formales y apelaciones.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de SCFHP.
- Poder elegir un proveedor de atención primaria de las redes de SCFHP.
- Tener acceso oportuno a los proveedores de la red.
- Participar en la toma de decisiones con los proveedores sobre su propio cuidado de la salud, incluyendo el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- Presentar quejas, ya sea de manera verbal o por escrito, sobre la organización o la atención que recibió.
- Saber el motivo médico para que SCFHP tomara la decisión de denegar, retrasar, terminar o cambiar una solicitud de atención médica.
- Que se coordine su atención.
- Solicitar una apelación de las decisiones de denegar, posponer o limitar servicios o beneficios.
- Recibir servicios de interpretación gratuitos en su idioma.
- Recibir ayuda legal gratuita en la oficina de asistencia legal local u otros grupos.
- Formular sus directivas anticipadas.
- Solicitar una audiencia estatal si le deniegan un servicio o beneficio, y ya ha presentado una apelación ante SCFHP y aún no está satisfecho con la decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días, incluyendo información sobre las circunstancias en las que es posible pedir una audiencia acelerada.
- Cancelar la inscripción en SCFHP y cambiarse a otro plan de salud del condado cuando lo pida.

- Tener acceso a servicios para menores sin el consentimiento de los padres.
- Recibir sin costo información escrita para miembros en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) si la pide de forma oportuna y adecuada para el formato solicitado, y de acuerdo con el artículo 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones.
- No tener ninguna forma de restricción o reclusión que se use como una manera de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Analizar con honestidad la información sobre las opciones y las alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de manera adecuada para su estado médico y su capacidad de comprensión, independientemente del costo o de la cobertura.
- Tener acceso a su expediente médico, a recibir una copia y a solicitar su modificación o corrección, según se establece en los artículos 164.524 y 164.526 del título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR).
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin que afecte de manera negativa al trato que recibe de SCFHP, de sus proveedores o del estado.
- Acceder a servicios de planificación familiar, centros de parto independientes, centros médicos con acreditación federal, clínicas de salud para indios, servicios de parteras, centros de salud rurales, servicios para infecciones de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de las redes de SCFHP según la ley federal.
- Participar en la creación de las políticas públicas de SCFHP asistiendo o uniéndose al Comité de Asesoramiento al Consumidor de SCFHP.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

## **Responsabilidades de los miembros**

Los miembros de SCFHP tienen las siguientes responsabilidades:

- Leer con atención todo el material de SCFHP al momento de inscribirse para entender cómo usar los servicios de SCFHP.
- Llevar su tarjeta de identificación de SCFHP y su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal en todo momento y mostrarla a todos los proveedores y farmacias cuando reciba servicios.
- Hacer preguntas si no entiende algo sobre su cobertura o su atención médica.
- Respetar las normas que rigen para los miembros de SCFHP, como se explican en este Manual del miembro.
- Ser responsable de su salud y la de sus hijos.
- Hablar con su proveedor de cuidados de la salud para establecer una relación estrecha basada en la confianza y la colaboración.
- Llamar a su proveedor de cuidados de la salud cuando necesite cuidado de la salud de rutina o de urgencia.

- Informar a su PCP de cambios imprevistos en su salud.
- Hacer preguntas sobre su estado médico. Asegúrese de entender las respuestas y qué se supone que debe hacer, y participe en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente (en la medida de lo posible).
- Dar información (en la medida de lo posible) que la organización y sus médicos y proveedores necesiten para atenderlo.
- Respetar el plan de tratamiento que crearon con su proveedor de cuidados de la salud y saber qué podría pasar si no lo respeta.
- Coordinar sus citas médicas y ser puntual. Informar a su proveedor de cuidados de la salud al menos 24 horas antes de la cita programada si tiene que cancelarla.
- Informar a SCFHP de cualquier cambio en su dirección, en su número de
- teléfono y en cualquier otra cobertura de cuidado de la salud que pudiera tener.
- Informar a SCFHP de estos cambios en cuanto tenga conocimiento de ellos o en
- un plazo de 10 días después de que ocurran.
- Llamar o escribir a SCFHP en cuanto sea posible si usted considera que le
- facturaron indebidamente o que su factura es errónea.
- Tratar a todo el personal de SCFHP y a los proveedores de cuidados de la salud con respeto y cortesía.
- Presentar las solicitudes de reclamos por reembolso de servicios cubiertos en el plazo establecido.
- Ser honesto en su trato con SCFHP y sus proveedores del plan. No cometer fraude ni robo, ni hacer nada que pudiera dañar la propiedad de SCFHP o la propiedad o seguridad de alguno de sus representantes, proveedores, empleados de sus proveedores o agentes.
- Denunciar irregularidades. Usted es responsable de denunciar fraude o irregularidades en el cuidado de la salud ante SCFHP. Puede hacerlo de forma anónima comunicándose con la Línea directa de cumplimiento de SCFHP al 1-408-874-1450, visitando [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) o llamando a la Línea directa de Medi-Cal para denuncias de fraude y abuso del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California al número gratuito 1-800-822-6222.

**La discriminación es ilegal.** Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple las leyes estatales y 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: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
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](http://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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

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

**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 serbisyo ng ito.

**(Arabic) الشعار بالعربية**

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: Չանզահարեք 1-800-260-2055 (TTY: 711) : Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ស្លោកជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)** – ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-260-2055 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្ទុំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-260-2055 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**(Farsi) فارسی زبان به مطلب**

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 निः 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.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** – ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-260-2055 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕໄວມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 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 waaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih 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 1-800-260-2055 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ 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 ТТТ: 1-800-260-2055 ). 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 ТТТ: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 (ТТУ: 711) . Ці послуги безкоштовні.