2026

Resumen de beneficios

VillageHealth (HMO-POS C-SNP)

Condado de Los Angeles

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

VillageHealth (HMO-POS C-SNP) es un plan HMO 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_22031_2026_M
8/25 26C-SBH5943004SP

VillageHealth
by SCAN Health Plan®

RESUMEN DE BENEFICIOS

DEL 1 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	**Servicios fuera de la red**	
Prima mensual del plan de salud	$12		Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. **Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
Deducible del plan	Paga $257 de deducible al año, combinado por los servicios dentro y fuera de la red de 2025. Este monto puede cambiar en 2026. Consulte la sección de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios para conocer el deducible de la Parte D.		El deducible se aplica a los servicios médicos cubiertos por Medicare. **Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
Responsabilidad máxima a pagar de su bolsillo (esto no incluye medicamentos con receta)	$9,250 combinados dentro y fuera de la red		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	En 2025, los montos para cada período de beneficios* son los siguientes: • Deducible de $1,676 por período de beneficios • $0 por día del día 1 al 60 • Copago de $419 por día del día 61 al 90 • $838 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” del día 1 al 60 Estos son los copagos de 2025. Los montos pueden cambiar para 2026.	En 2025, los montos para cada período de beneficios* son los siguientes: • Deducible de $1,676 por período de beneficios • $0 por día del día 1 al 60 • Copago de $419 por día del día 61 al 90 • $838 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” del día 1 al 60 Estos son los copagos de 2025. Los montos pueden cambiar para 2026.	Es posible que se apliquen normas sobre **autorización previa**. Tiene cobertura de hasta 90 días por período de beneficios.* También tiene cobertura de hasta 60 días adicionales a partir del día 91 en adelante de por vida. **Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**

*Un período de beneficios comienza el día 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 algún 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			**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
• Centro quirúrgico ambulatorio	20% del costo total	20% del costo total	
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	20% del costo total	20% del costo total	
• Servicios de observación	20% del costo total	20% del costo total	
Consultas médicas			
• Atención primaria	$0	20% del costo total	
• Especialistas	$0	$0	**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
Atención preventiva	$0	$0	
Atención de emergencia	20% del costo total de hasta $110 por consulta		No se aplicará el copago de la sala de emergencias si es inmediatamente hospitalizado/a. **Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
Servicios de urgencia	$0		
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes			**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
• Servicios de laboratorio	$0	$0	
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	20% del costo total	20% del costo total	
• Radiografías para pacientes ambulatorios	20% del costo total	20% del costo total	
• Radiología terapéutica	20% del costo total	20% del costo total	
• Radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT])	20% del costo total	20% del costo total	

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	**Servicios fuera de la red**	
Servicios de audición			
• Examen diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare	20% del costo total por consulta	20% del costo total por consulta	**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
Servicios dentales			
• Servicios dentales cubiertos por Medicare	20% del costo total por consulta	20% del costo total por consulta	**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0 por los servicios cubiertos por Medicare.**
• Servicios dentales (de rutina) no cubiertos por Medicare			Si elige acudir a un dentista fuera de la red, es posible que pague más. Los servicios preventivos e integrales están cubiertos hasta las tarifas negociadas.
– Asignación dental	$2,000 de límite de cobertura al año combinada para dentro y fuera de la red	$2,000 de límite de cobertura al año combinada para dentro y fuera de la red	
Servicios preventivos			Los servicios preventivos no cuentan para el máximo de asignación.
– Exámenes dentales	$0 hasta 2 consultas cada 12 meses	$0 hasta 2 consultas cada 12 meses	
– Limpiezas dentales	$0 hasta 2 consultas cada 12 meses	$0 hasta 2 consultas cada 12 meses	Una vez que haya alcanzado el límite de cobertura, será responsable de los costos restantes.
– Radiografías dentales	$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses	$0 hasta 2 consultas cada 12 meses	

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Servicios integrales			
– Servicios de restauración (empastes y coronas)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Servicios de endodoncia (tratamientos de conducto)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Periodoncia (limpieza profunda, mantenimiento periodontal, procedimientos quirúrgicos)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Prostodoncia extraíble (dentaduras postizas, ajustes, reparaciones)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Prótesis maxilofaciales (prótesis faciales o de mandíbula después de una cirugía o traumatismo)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Servicios de implantes (implantes y servicios asociados)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Prostodoncia fija (puentes y dentaduras postizas fijas)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Cirugía bucal y maxilofacial (extracciones y procedimientos quirúrgicos)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	
– Servicios complementarios (anestesia, tratamiento de emergencia para el dolor)	$0 Dentro de la red	50% Fuera de la red	

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	**Servicios fuera de la red**	
Servicios de visión			
• Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar o tratar enfermedades de los ojos	20% del costo total por consulta	20% del costo total por consulta	**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0 por los servicios cubiertos por Medicare.**
• Lentes cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas	20% del costo total	20% del costo total	
• Examen de la vista (de rutina) no cubierto por Medicare	$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses	Sin cobertura	Los servicios de atención de la vista de rutina no requieren autorización previa.
• Límite de cobertura para servicios de la visión (de rutina) no cubiertos por Medicare	Tiene cobertura de hasta $200 para opciones de cristales, lentes, monturas o lentes de contacto cada 12 meses	Sin cobertura	Debe acudir a un/a proveedor/a de servicios de la visión contratado por VillageHealth para obtener servicios de la visión de rutina.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	**Servicios fuera de la red**	
Servicios de salud mental			
• Consulta para pacientes internados	En 2025, los montos para cada período de beneficios* son los siguientes: • Deducible de $1,676 por período de beneficios • $0 por día del día 1 al 60 • Copago de $419 por día del día 61 al 90 • $838 de copago por día por cada "día de reserva de por vida" del día 1 al 60 Estos son los copagos de 2025. Los montos pueden cambiar para 2026.	En 2025, los montos para cada período de beneficios* son los siguientes: • Deducible de $1,676 por período de beneficios • $0 por día del día 1 al 60 • Copago de $419 por día del día 61 al 90 • $838 de copago por día por cada "día de reserva de por vida" del día 1 al 60 Estos son los copagos de 2025. Los montos pueden cambiar para 2026.	Se aplican normas sobre **autorización previa** para la hospitalización de salud mental para pacientes internados. Tiene cobertura de hasta 90 días por período de beneficios.* También tiene cobertura para un máximo de 60 días adicionales del día 91 y en adelante de por vida. **Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
• Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios	$0	$0	
• Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra	$0	$0	
Centro de enfermería especializada	En 2025, los montos para cada período de beneficios* son los siguientes: • $0 para los días 1 al 20 • Copago de $209.50 por día del día 21 al 100 Estos son los copagos de 2025. Los montos pueden cambiar para 2026.	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. **Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
Fisioterapia	20% del costo total	20% del costo total	**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
Ambulancia	20% del costo total	20% del costo total	**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**

*Un período de beneficios comienza el día 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 algún 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**	
Transporte (de rutina no cubierto por Medicare)	$0 para un máximo de 40 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	Debe acudir a un/a proveedor/a contratado por VillageHealth para acceder a los servicios de transporte de rutina.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0 por la quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia Entre $0 y el 20% del monto aprobado por Medicare por la quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno $0 por la insulina de la Parte B recibida en una farmacia y suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria No 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	$0 por la quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia Entre $0 y el 20% del monto aprobado por Medicare por la quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno $0 por la insulina de la Parte B recibida en una farmacia y suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria No 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	Se aplican normas sobre **autorización previa** para los medicamentos seleccionados.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (PARTE D): VILLAGEHEALTH

Paga lo siguiente:

Deducible de la Parte D	Paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 al Nivel 5 hasta que haya pagado $490.

Nivel del medicamento		**Minorista**				**De pedido por correo**	
		Preferido		**Estándar**		**Preferido**	**Estándar**
		Suministro para 30 días	**Suministro para 100 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 100 días**	**Suministro para 100 días**	**Suministro para 100 días**
Etapa de cobertura inicial							
Nivel 1 (genérico preferido)		$0	$0	$3	$9	$0	$9
Nivel 2 (genérico)		$1	$3	$6	$18	$3	$18
Nivel 3 (de marca preferido)	Insulina	$35	$105	$35	$105	$105	$105
	Otros medicamentos	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 4 (medicamento no preferido)		25%	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 5 (de especialidad)		25%	No disponible	25%	No disponible	No disponible	No disponible

Etapa de cobertura catastrófica

Después de que los costos anuales que pagó de su bolsillo por los medicamentos alcancen $2,100, paga $0 por todos los medicamentos con receta cubiertos el resto del año.

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gasto compartido 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 para viajar, 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 póngase en contacto con Servicios para Miembros para saber más sobre la cobertura y el gasto compartido sobre vacunas específicas.

Algunas de las farmacias de la red tiene gasto compartido preferido. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos si usa estas farmacias. Su gasto compartido puede 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 Servicios para Miembros al número que se proporciona en este documento o acceda a la Evidencia de cobertura en línea. Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, su gasto compartido 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.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	**Servicios fuera de la red**	
Servicios de acupuntura			
• Atención de acupuntura cubierta por Medicare	$0	$0	
Asistencia en el hogar			Se aplican normas sobre **autorización previa**.
• Atención en el hogar	$0 28 horas de atención personal en el hogar después de una hospitalización, un reemplazo de cadera o rodilla, o si necesita ayuda con dos o más actividades de la vida diaria	Sin cobertura	
• Comidas (a domicilio)	$0 84 comidas al año después de una hospitalización 84 comidas al año debido a una afección crónica	Sin cobertura	
• Atención de relevo	$0 40 horas al año para proporcionar alivio temporal a los/as cuidadores/as no remunerados de los/as miembros	Sin cobertura	
Servicios quiroprácticos			
• Atención quiropráctica cubierta por Medicare	20% del costo total	20% del costo total	**Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
FlexEssentials Esto incluye: • Productos de venta libre (OTC) • Alimentos (SSBCI)† • Facturas de servicios básicos (SSBCI)†	$74 al mes con la tarjeta FlexEssentials	Sin cobertura	Recibe una asignación mensual para usar con artículos elegibles en las tiendas minoristas seleccionadas o de entrega a domicilio. El beneficio **no** se acumula para el mes siguiente. SSBCI son las siglas en inglés de Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas. Los/as miembros deben cumplir con los requisitos antes de que se proporcione el beneficio.†
Atención en el hogar (cubierta por Medicare)	$0	Sin cobertura	

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	**Servicios fuera de la red**	
Equipo y suministros médicos			
• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	$0 para artículos entre $0 y $99 20% del costo total para artículos de $100 o más	$0 para artículos entre $0 y $99 20% del costo total para artículos de $100 o más	Solo se requiere **autorización previa** para ciertos artículos, como sillas eléctricas, colchones de aire/gel, respiradores domésticos y estimuladores óseos, entre otros. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros.
• Prótesis (p. ej., férulas, prótesis ortopédicas)	$0 para artículos entre $0 y $99 20% del costo total para artículos de $100 o más	$0 para artículos entre $0 y $99 20% del costo total para artículos de $100 o más	
• Suministros para la diabetes	$0	$0	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 están disponibles de cualquier fabricante.
• Medidores constantes de glucosa	$0 en la farmacia; 20% del costo total en el/la proveedor/a de equipo médico duradero (DME)	Sin cobertura	Los medidores constantes de glucosa (CGM) Freestyle Libre y Dexcom están cubiertos en farmacias contratadas. Otros fabricantes de CGM están disponibles en proveedores/as de DME contratados/as. **Quienes tienen Medi-Cal completo pagan $0.**
OnePass® (acondicionamiento físico)	$0 por el beneficio de acondicionamiento físico a través de One Pass, que incluye membresías de gimnasio, entrenamientos disponibles en cualquier momento y clases comunitarias	$0 por el beneficio de acondicionamiento físico a través de One Pass, que incluye membresías de gimnasio, entrenamientos disponibles en cualquier momento y clases comunitarias	
Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)	$0 para un dispositivo personal de respuesta ante emergencias y un servicio de monitoreo para ayudarle a obtener asistencia rápida durante una caída o emergencia	$0 para un dispositivo personal de respuesta ante emergencias y un servicio de monitoreo para ayudarle a obtener asistencia rápida durante una caída o emergencia	

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Servicios de telesalud • Atención de urgencia y salud mental	$0	Sin cobertura	**Atención médica de urgencia:** Este beneficio es para afecciones que no ponen en riesgo la vida, como tos, influenza, náuseas, dolor de garganta, fiebre y alergias, entre otras. Las consultas con los/as proveedores/as pueden hacerse por teléfono o mediante funciones de video seguras desde su computadora o teléfono inteligente. El servicio de telesalud no pretende reemplazar a su médico/a de atención primaria ni especialista. **Salud conductual:** Este beneficio le permite conectarse con psicólogos con licencia, terapeutas de nivel de maestría o psiquiatras a través de visitas por video los 7 días de la semana con cita previa. Las visitas de telesalud conductual con los/as profesionales se pueden realizar mediante funciones seguras de video desde su computadora, tableta o teléfono inteligente. La telesalud conductual no pretende reemplazar al/a la proveedor/a de la salud mental de su grupo médico.

DETALLES ADICIONALES E INFORMACIÓN DE CONTACTO

VILLAGEHEALTH	
¿Quién puede inscribirse?	**Requisitos:** – 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/a estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos – Haber sido diagnosticado/a con: • Enfermedad renal crónica (ERC), etapas 1-5 • Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) • Postrasplante de órgano renal (recibió un trasplante de riñón como parte de su tratamiento para la ERC o ESRD)
Número de teléfono (miembros)	**1-800-399-7226**
Número de teléfono (no miembros)	**1-877-916-1234** Si llama a este número, se comunicará directamente con un agente de seguros con licencia.
TTY	**711**
Horario de atención	**Del 1 de octubre al 31 de marzo:** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** 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.
Sitio web	www.villagehealthca.com

VillageHealth cuenta con una red de médicos/as, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a los/as proveedores/as fuera de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual **Medicare y Usted** (**"Medicare & You"**). Puede verlo en línea en https://www.medicare.gov o solicite 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).

†Este es un beneficio complementario especial para miembros con enfermedades crónicas. Eso significa que, para obtener este beneficio, debe tener una afección crónica elegible, como una enfermedad renal en etapa terminal o un postrasplante de órgano renal. Es posible que no todos/as los/as miembros con afecciones crónicas reúnan los requisitos. Consulte este Resumen de beneficios para obtener una lista completa de las afecciones crónicas elegibles y los criterios de cobertura. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Puede recibir los medicamentos con receta en su hogar a través de nuestro programa de entrega por correo de la red. La farmacia Express Scripts℠ 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 sus medicamentos con receta dentro de este plazo, póngase en contacto 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 feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). TTY: 711. Para las recetas de pedido por correo, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático comunicándose con la farmacia Express Scripts al 1-866-553-4125, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede cancelar la inscripción de los envíos automáticos en cualquier momento. Tiene otras farmacias disponibles en nuestra red.

SCAN Health Plan/VillageHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a personas ni las trata 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 con nosotros de manera eficaz, tales como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
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, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Si cree que SCAN Health Plan no ha prestado estos servicios o le ha discriminado de otra forma por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Health Plan - VillageHealth
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644

Servicios para Miembros de VillageHealth
TELÉFONO: 1-800-399-7226
FAX: 1-562-989-0958
TTY: 711

O bien, puede rellenar el formulario "Presente un reclamo" (File a Grievance) en nuestro sitio web:
www.scanhealthplan.com/Help-Center/Contact-Us/File-A-Grievance

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN está listo para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, 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 en:

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)

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicios de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: Rellene un formulario de queja 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
  Los formularios de queja están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

English - ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-399-7226 (TTY: 711) or speak to your provider."

Spanish - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-399-7226 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Simplified Chinese - 中文 - 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-399-7226（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。"

Traditional Chinese - 台語

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-399-7226（TTY：711）或與您的提供者討論。」

Korean – 한국어 - 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-399-7226(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

Vietnamese - Việt - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-399-7226 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-399-7226 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

French - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-399-7226 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-399-7226 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider."

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-399-7226 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi - हिंदी - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-399-7226 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

Japanese - 日本語 - 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-399-7226（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Farsi

فارسي

توجه: اگر وارد کردن زبان صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-800-399-7226 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Russian – РУССКИЙ - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-399-7226 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Telugu – తెలుగు - సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-800-399-7226 (TTY: 711)కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.

Portuguese - ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-399-7226 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.