

**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ofrecido por  
Health Net Community Solutions, Inc.**

## ***Aviso Anual de Cambios para 2022***

### **Introducción**

Usted está afiliado actualmente a Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan). El próximo año, habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. En este *Aviso Anual de Cambios*, se informa sobre los cambios y dónde encontrar más información al respecto. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### **Índice**

A. Descargo de responsabilidad.....	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año.....	3
B1. Recursos adicionales.....	4
B2. Información sobre Health Net Cal MediConnect.....	5
B3. Acciones importantes:.....	6
C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red.....	7
D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	8
D1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos.....	8
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica.....	10
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”.....	13
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”.....	15
E. Cómo elegir un plan.....	15
E1. Cómo permanecer en nuestro plan.....	15
E2. Cómo cambiar de plan.....	15

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



F. Cómo obtener ayuda..... 19

F1. Cómo obtener ayuda de Health Net Cal MediConnect..... 19

F2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripción estatal ..... 19

F3. Cómo obtener ayuda a través del Programa de Defensoría de Cal MediConnect..... 19

F4. Cómo obtener ayuda a través del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud ..... 20

F5. Cómo obtener ayuda de Medicare..... 20

F6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California..... 21

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## A. Descargo de responsabilidad

- ❖ Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen, no una descripción completa. Si quiere obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual del Afiliado* de Health Net Cal MediConnect.

---

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que analice su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades del próximo año. Si no se ajusta a sus necesidades, usted puede abandonar el plan. Consulte la sección E2 para obtener más información.

Si decide abandonar Health Net Cal MediConnect, su afiliación se cancelará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud.

Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con sus requisitos.

- Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare (consulte la página 15).
- Recibirá sus beneficios de Medi-Cal a través del plan de atención administrada de Medi-Cal que elija (consulte la página 18 para obtener más información).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## B1. Recursos adicionales

- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3572 (TTY: 711) mula 8:00 a. m. hanggang 8:00 p. m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. Ang inyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **注意:** 如果您說中文，可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3572（聽語障專線：711），服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 8 點。在非工作時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。此為免費電話。
- **XIN LU'U Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3572 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

• **تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3572 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

• **توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان، در دسترس شما قرار دارد. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با شماره 1-855-464-3572 (TTY:711) تماس بگیرید. پس از این ساعت ها، آخر هفته ها و تعطیلات رسمی می توانید پیام بگذارید. روز کاری بعدی به تماس شما پاسخ داده می شود. این تماس رایگان است.

- Puede obtener este Aviso Anual de Cambios en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- En Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección.
- Llámenos en los siguientes casos:
  - Si quiere recibir sus materiales en árabe, español, tagalo, vietnamita, chino o farsi, o en un formato alternativo.
  - Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

## **B2. Información sobre Health Net Cal MediConnect**

- Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para brindarle beneficios de ambos planes a las personas inscritas.
- La cobertura de Health Net Cal MediConnect es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima” y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés), [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families), para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es ofrecido por Health Net Community Solutions, Inc. En este *Aviso Anual de Cambios*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Utilizaremos las palabras “el plan” o “nuestro plan” para referirnos al Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### **B3. Acciones importantes:**

- **Consulte si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarlo.**
  - ¿Algún cambio afecta los servicios que utiliza?
  - Es importante que analice los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que se ajusten a sus necesidades el próximo año.
  - Consulte las secciones D para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- **Consulte si hay algún cambio en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica que pueda afectarlo.**
  - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Están en otro nivel de costo compartido? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias?
  - Es importante que analice los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos se ajuste a sus necesidades el próximo año.
  - Consulte la sección D2 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.
    - Consulte a su médico sobre alternativas más económicas para usted; así podrá ahorrar en los costos de desembolso anual durante todo el año.
    - Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, ingrese en [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Haga clic en el enlace “dashboards” (cuadros) que se encuentra en el medio del recuadro “Note” (Nota), en la parte inferior de la página. Estos cuadros señalan qué fabricantes han estado aumentando los precios y también muestran información comparativa sobre los precios de los medicamentos año tras año).
    - Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas, en nuestra red? ¿Y la farmacia en donde compra sus medicamentos? ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
- Consulte la sección D para obtener información sobre el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
- **Considere los costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos que requieren receta médica que utiliza con regularidad?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

### **Si decide permanecer en Health Net Cal MediConnect:**

Si decide permanecer en el plan, es simple: no necesita hacer nada. Si no hace ningún cambio, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan.

### **Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la sección E2 para obtener más información). Si se afilia a un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección E2, en la página 15, para obtener más información sobre sus opciones.

---

## **C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red**

Nuestras redes de proveedores y farmacias cambiaron para el 2022.

Le recomendamos que **consulte nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores actual*** para verificar si sus proveedores o su farmacia aún pertenecen a nuestra red. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor](http://mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Es importante que sepa que es posible que también implementemos cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el capítulo 3 del *Manual del Afiliado*.

## D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

### D1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Estamos haciendo cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos y en lo que usted paga por estos servicios cubiertos para el próximo año. En la tabla que aparece a continuación, se describen estos cambios.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Audífonos</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b>.</p> <p>Los beneficios de audífonos son de \$1,510 por año fiscal (del 1 de julio al 30 de junio) e incluyen moldes, suministros para modificaciones y accesorios.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b>.</p> <p>El monto máximo de cobertura de beneficios del plan para beneficios de audífonos es de \$1,510 por año fiscal (del 1 de julio al 30 de junio).</p> <p>Si los audífonos se pierden, se los roban o se dañan de forma irreparable en circunstancias que usted no puede controlar, el reemplazo de los audífonos no está incluido en el monto máximo del beneficio de \$1,510.</p> <p>Los beneficios de audífonos incluyen moldes, modificaciones, suministros, accesorios, algunas reparaciones, capacitación, calibración y ajuste. Es posible que se requiera autorización para algunos servicios de audífonos.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP, por sus siglas en inglés)</b></p> <p><b>(Esta sección continúa en la página siguiente).</b></p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b>.</p> <p>El programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP) es un programa de administración de casos que brinda servicios comunitarios y en el hogar para las personas que cumplen con los requisitos de Medi-Cal.</p> <p>Para cumplir con los requisitos, se debe ser mayor de 65 años de edad, vivir dentro del área de servicio de un sitio, poder recibir los servicios del MSSP dentro de sus limitaciones de costo, ser apto para recibir servicios de administración de la atención, cumplir actualmente con los requisitos de Medi-Cal, y estar certificado, o ser apto para recibir certificación, para ser internado en un centro de enfermería.</p> <p>Los servicios del MSSP incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuidado diurno para adultos/centro de apoyo;</li> <li>• asistencia personal;</li> </ul>	<p>El Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP) <b>no</b> está cubierto.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP, por sus siglas en inglés) (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia con los quehaceres y el cuidado personal;</li> <li>• supervisión;</li> <li>• administración de la atención;</li> <li>• relevo;</li> <li>• transporte;</li> <li>• servicios de comidas;</li> <li>• servicios sociales;</li> <li>• servicios de comunicación.</li> </ul> <p>Este beneficio tiene un límite de \$5,356.25 por año.</p>	
<p><b>Autorización previa</b></p>	<p>Los siguientes servicios no requieren autorización previa:</p> <p>Audífonos</p>	<p>Los siguientes servicios requieren autorización previa:</p> <p>Audífonos</p>

## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com/formulary](http://mmp.healthnetcalifornia.com/formulary). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina “Lista de Medicamentos”.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Hemos implementado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Consulte la Lista de Medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si se aplicará alguna restricción.

Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Consulte a su médico (o persona que receta) para buscar un medicamento diferente que cubramos.
  - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.
- Pídale al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y, en una farmacia de atención a largo plazo, un suministro de hasta 31 días. (En el capítulo 5 del *Manual del Afiliado* se explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo).
  - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se le acabe. Podrá cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte la sección F del capítulo 9 del Manual del Afiliado para 2022 o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
  - Si ha permanecido en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo, cubriremos por única vez un suministro de 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro de transición de atención a largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Si se traslada de un centro de atención a largo plazo o de una hospitalización a su hogar, cubriremos un suministro para 30 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total del medicamento).
- Si se traslada de su hogar o de una hospitalización a un centro de atención a largo plazo, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total del medicamento). Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

Algunas excepciones a la Lista de Medicamentos seguirán cubiertas el próximo año. Se le informará sobre estas excepciones en una carta de aprobación que le enviaremos. La carta de aprobación incluye más información sobre sus excepciones de medicamentos específicas y la fecha de vencimiento de su solicitud de excepción. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte la sección F del capítulo 9 del Manual del Afiliado para 2022 o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

### **Cambios en los costos de los medicamentos que requieren receta médica**

Hay dos etapas de pago en la cobertura de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D conforme a Health Net Cal MediConnect. Lo que usted paga depende de la etapa en la que esté cuando surte una receta médica o pide una repetición. Estas son las dos etapas:

<b>Etapas</b>	<b>Etapas</b>
<b>Etapas 1</b> <b>Etapas de cobertura inicial</b>	<b>Etapas 2</b> <b>Etapas de cobertura catastrófica</b>
<p>Durante esta etapa, parte de los costos de sus medicamentos se pagan con el plan, y usted paga su parte. Su parte se denomina “copago”.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2022.</p> <p>Usted comienza esta etapa una vez que haya pagado un monto determinado de costos de desembolso.</p>

La Etapas de cobertura inicial finaliza una vez que sus costos totales de desembolso para los medicamentos que requieren receta médica alcancen los **\$7,050**. En ese momento, comienza la Etapas de cobertura catastrófica. El plan cubrirá todos los costos de medicamentos desde ese

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572



(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

momento hasta el final del año. Para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por los medicamentos que requieren receta médica, consulte el capítulo 6 del *Manual del Afiliado*.

### D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina “copago”. El copago depende del nivel de costo compartido del medicamento y de dónde lo obtiene. Usted pagará un copago cada vez que surta una receta médica. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

**Cambiamos algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos a un nivel de medicamentos más bajo o más alto.** Si sus medicamentos se cambiaron de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.

En la tabla que aparece a continuación, se muestran los costos de los medicamentos en nuestros 3 niveles correspondientes. Estos montos se aplican **únicamente** durante el tiempo en el que usted se encuentra en la Etapa de cobertura inicial.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Medicamentos del Nivel 1</b> (El nivel 1 incluye medicamentos genéricos).</p> <p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento del nivel 1 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de entre <b>\$0 y \$3.70 por receta médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de entre <b>\$0 y \$3.95 por receta médica.</b></p>

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Medicamentos del Nivel 2</b></p> <p>(Los medicamentos de nivel 2 incluyen medicamentos de marca y pueden incluir algunos medicamentos genéricos).</p> <p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento del nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de entre <b>\$0 y \$9.20 por receta médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de entre <b>\$0 y \$9.85 por receta médica.</b></p>
<p><b>Medicamentos del Nivel 3</b></p> <p>(El nivel 3 incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que están cubiertos por Medi-Cal).</p> <p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento del nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta médica.</b></p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza una vez que sus costos totales de desembolso alcancen los **\$7,050**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubrirá todos los costos de medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por los medicamentos que requieren receta médica, consulte el capítulo 6 del *Manual del Afiliado*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



#### **D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”**

Cuando usted alcanza el límite de desembolso de **\$7,050** por sus medicamentos que requieren receta médica, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en dicha etapa hasta el final del año calendario.

- Para encontrar más información sobre cuáles de sus medicamentos que requieren receta médica están cubiertos por Medi-Cal o por Medicare, consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos* en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com/formulary](http://mmp.healthnetcalifornia.com/formulary).

---

### **E. Cómo elegir un plan**

#### **E1. Cómo permanecer en nuestro plan**

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año.

Usted no tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan de salud. Si no se afilia a otro plan de Cal MediConnect, no se cambia al plan Medicare Advantage ni se cambia a Original Medicare, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan para 2022.

#### **E2. Cómo cambiar de plan**

Puede cancelar su afiliación al plan en cualquier momento del año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan de Cal MediConnect o cambiándose a Original Medicare.

#### **Cómo obtendrá los servicios de Medicare**

Tendrá tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si reúne los requisitos y vive en el área de servicio, un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés).</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si tiene preguntas sobre los PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
---	--

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aqing.ca.gov/HICAP/">www.aqing.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
---	--

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
---	--

**Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal**

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, seguirá recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de Health Net Community Solutions, Inc., a menos que elija otro plan para que le proporcione sus servicios de Medi-Cal. Entre sus servicios de Medi-Cal, se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Cuando solicite la cancelación de su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect, deberá informar a Opciones de Atención de Salud en cuál plan de atención administrada de Medi-Cal quiere inscribirse. Puede llamar a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## F. Cómo obtener ayuda

### F1. Cómo obtener ayuda de Health Net Cal MediConnect

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Manual del Afiliado para 2022***

El *Manual del Afiliado para 2022* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año. Le explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener medicamentos que requieren receta médica y servicios cubiertos.

El *Manual del Afiliado para 2022* estará disponible a partir del 15 de octubre. Puede encontrar una copia actualizada del *Manual del Afiliado para 2022* en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual del Afiliado para 2022*.

#### **Nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Farmacias y Proveedores*) y nuestra Lista de Medicamentos (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

### F2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripción estatal

El agente de inscripción estatal puede ayudarlo con las preguntas que pueda tener sobre la inscripción. Puede llamar a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

### F3. Cómo obtener ayuda a través del Programa de Defensoría de Cal MediConnect

Desde el Programa de Defensoría de Cal MediConnect, pueden ayudarlo si tiene un problema con Health Net Cal MediConnect. Los servicios de defensoría son gratuitos. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect:

- Actúa como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué debe hacer.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Se asegura de que usted cuente con la información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo pueden resolverse sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de Defensoría de Cal MediConnect es 1-855-501-3077.

#### **F4. Cómo obtener ayuda a través del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud**

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés). En California, el SHIP se denomina Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés). Los asesores del HICAP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Cal MediConnect y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

#### **F5. Cómo obtener ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

##### **Sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si elige cancelar su afiliación al plan Cal MediConnect y afiliarse a un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” (Buscar planes)).

##### **Medicare y Usted 2022**

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Todos los años en otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **F6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés) es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud, al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y utilice el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este proceso de presentación de quejas formales no impide el ejercicio de ningún derecho ni la interposición de ningún recurso legal potencial que tenga a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente en su plan de salud o una queja formal que no haya sido resuelta durante más de 30 días, llame al departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR incluirá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura sobre tratamientos que son experimentales o están en etapa de investigación, y disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y de habla. El sitio web del departamento, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



# Aviso de No Discriminación de Health Net Cal MediConnect

---

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan [Medicare-Medicaid Plan]) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Net Cal MediConnect tampoco excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Health Net Cal MediConnect proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si cree que en Health Net Cal MediConnect no le han brindado estos servicios o que lo han discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba y diga que necesita ayuda para presentar una queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Cal MediConnect está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Insert

## Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles County)، 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**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。1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles County)، 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Thai:** เรเรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Armenian:** ՈւՇԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ասպս ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվաբան և լեզվաբան ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໄປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County), 1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Mien:** DONGH EIX: Da'faanh Meih Zoux Maiv Qjex English, Janx-kaeqv waac Tengx gong, cing Nauv Maiv fih hngangv, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).